

Hörmann, Georg

**Stichwort: Gesundheitserziehung**

*Zeitschrift für Erziehungswissenschaft 2 (1999) 1, S. 5-29*



Quellenangabe/ Reference:

Hörmann, Georg: Stichwort: Gesundheitserziehung - In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft 2 (1999) 1, S. 5-29 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-49119 - DOI: 10.25656/01:4911

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-49119>

<https://doi.org/10.25656/01:4911>

in Kooperation mit / in cooperation with:



**VS VERLAG**

<http://www.springerfachmedien.de>

### Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

### Kontakt / Contact:

**peDOCS**  
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation  
Informationszentrum (IZ) Bildung  
E-Mail: [pedocs@dipf.de](mailto:pedocs@dipf.de)  
Internet: [www.pedocs.de](http://www.pedocs.de)

Digitalisiert

Mitglied der

  
Leibniz-Gemeinschaft

## 2. Jahrgang

## Inhaltsverzeichnis

EDITORIAL .....	3
SCHWERPUNKT: ERZIEHUNGSWISSENSCHAFT MEDIZIN – BIOLOGIE	
Georg Hörmann      Stichwort: Gesundheitserziehung .....	5
Frank van Balen      Children Born Following In Vitro Fertilization .....	31
Gert J. Vreeke      Die Bell Curve Debatte – Ein Bericht über ihre Neuauflage in der us-amerikanischen Intelligenzforschung .....	45
Annette Scheunpflug      Evolutionäres Denken als Angebot für die Erziehungswissenschaft .....	59
ALLGEMEINER TEIL	
Peter Hansbauer      Wie aus Innovationen Institutionen werden. Ein Beitrag zum theoretischen Verständnis des Wandels der Heimerziehung in den 80er Jahren .....	73
Christiane Schiersmann/ Heinz-Ulrich Thiel      Innovationen in der Familienbildung, Ergebnisse einer bundesweiten Befragung .....	99
KONTROVERSE	
Christian Niemeyer      ‚Allgemeine Sozialpädagogik‘ als Perspektive der Zukunft? Ein polemischer Zwischenruf angesichts von Yvonne Ehrenspecks Versuch, die Sozialpädagogik als eine der Allgemeinen Erziehungswissenschaft bedürftige Teildisziplin auszulegen .....	115
Yvonne Ehrenspeck      Sozialpädagogik und Allgemeine Erziehungswissenschaft – jenseits von Minderwertigkeitskomplex und Schulmeisterei. Eine Replik auf Christian Niemeyer .....	121
REZENSIONEN	
Bettina Hünersdorf/ Hans Günther Homfeldt      Sammelrezension Gesundheitspädagogik .....	127
Burkhard Schäffer      Sammelrezension Qualitative Methoden .....	134

Georg Hörmann

## **Stichwort: Gesundheitserziehung**

### **1 Das Umfeld von Gesundheit und Krankheit**

Gesundheit wird in der abendländischen Tradition idealtypisch einerseits als etwas verstanden, das durch den Lebensstil erhalten, andererseits als etwas, das durch die Behandlung von Krankheiten wiederhergestellt wird: In den Mythen von Hygieia und Äskulap werden die zwei Standpunkte seit alters symbolisiert (vgl. MCKEOWN 1982, S. 25f.). Gegenüber dem Anliegen Äskulaps, Gesundheit zu erhalten und wiederherzustellen durch die Heilung von Krankheiten oder Korrektur von Mängeln, die durch Zufälle der Geburt oder des Lebens verursacht wurden, hat sich in neuerer Zeit die Herausbildung eines positiven Gesundheitsideals etabliert. Obwohl die Bezeichnung für unser Gesundheitswesen wohl zutreffender Krankheitswesen hieße, da es hauptsächlich um die Behandlung von Krankheiten geht, und trotz der anhaltenden Debatte um die Gesundheitsreform, die weniger die Förderung von Gesundheit als die Eindämmung von Krankheitskosten anvisiert, ist für die Durchsetzung eines positiven Gesundheitsideals wohl die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) am bekanntesten geworden: Gesundheit als „Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“ (FRANZKOWIAK/SABO 1993, S. 60).

Diese Definition hat wegen des Einbezugs sozialer und psychischer Dimensionen zwar begeisterten Beifall, aber auch berechtigte Kritik gefunden, nicht zuletzt wegen ihres statischen und perfektionistischen Anspruchs, welcher letztlich eine gigantische Therapeutisierung aller dem hehren Ideal eines Zustands vollständigen körperlichen geistigen und sozialen Wohlbefindens nicht genügenden Menschen bewirken würde. Gegenüber der Gefahr oder dem vielleicht auch unbeabsichtigten Mißverständnis, als unterstelle die WHO-Definition eine Art „dauerhaftes Super-Wohlbefinden“, ist zu betonen, daß Gesundheit Schwächezeiten, Erfahrungen von Erschöpfung, Anfälligkeit oder Trauer ebenso umfaßt wie Zeiten des Überschwangs und kraftstrotzender Energie. Der zyklische Wandel von Ruhe und Spannung, Lust und Unlust, Stärke und Schwäche, die wechselhaften Phasen subjektiver Befindlichkeit tragen nämlich nicht unerheblich zu dem Gefühl bei, gesund zu sein. In der Spannung zwischen Befund und Befinden sind mehrere Übergangszustände zwischen Gesundheit und Krankheit festzustellen:

- Gesundheit als Wohlbefinden (vgl. ABELE/BECKER 1991) im Einklang von Befinden und Befund,
- asymptomatische Krankheitserscheinungen, die jedoch bereits erkannt werden können,
- symptomatische Krankheitserscheinungen, die jedoch noch nicht diagnostiziert sind,
- durch Behandlung beeinflussbarer Krankheitsverlauf,
- und schließlich Zustand nach Therapie: Wiederherstellung, chronischer Zustand oder Tod.

Diese Einsicht schlägt sich in neueren Konzeptionen eines Kontinuums zwischen Krankheit und Gesundheit nieder (Health Disease Continuum; vgl. SCHWARTZ/SIEGRIST/TROSCHKE 1998, S. 11).

Abgesehen von der Schwierigkeit einer angemessenen Definition von Gesundheit oder Krankheit (vgl. BECKER 1992) hat die Thematisierung von Gesundheit als eigenständige Perspektive nicht nur in der Erziehungswissenschaft, sondern als eigenständiges interdisziplinäres Fachgebiet Gesundheitswissenschaften (Public Health) in den letzten Jahren auch im deutschen Sprachraum zunehmend an Bedeutung gewonnen (vgl. SCHWARTZ 1998). Diese Entwicklung verdankt ihre Existenz einerseits einem Paradigmenwechsel, der an die Stelle herkömmlicher Krankheitsfixierung oder retrospektiver Erklärung bzw. prospektiver Prognose der Krankheitsgenese anhand von Risikofaktoren etwa in der Life-Events-Forschung („kritische Lebensereignisse“) die „salutogenetische Frage“ (ANTONOVSKY 1987, 1993, 1997) setzt: Warum sind Gesunde gesund? Wie und wo entsteht Gesundheit? Welche Schutzfaktoren sind für Gesundheit bedeutsam? Zum anderen sind zur Förderung von Gesundheit nun auch die nichtmedizinischen Disziplinen gefragt. Da die gleichfalls von der WHO in der Ottawa Charta 1986 (vgl. PAULUS 1992, S. 17-22) propagierte Gesundheitsförderung (health promotion) vor allem die Bedeutung strukturierter, personübergreifender Faktoren betont, rückt zunehmend das Zusammenwirken von Verhaltens- und Verhältnisprävention in den Vordergrund (vgl. WALLER 1995). Die Abkehr von einer medizindominierten Herangehensweise zeigt sich neuerdings weiterhin in der Etablierung eines eigenständigen Bereichs „Pflegerwissenschaft“ (mit den Teilbereichen Pflegemanagement und Pflegepädagogik; vgl. KRÜGER/RABE-KLEBERG/MISCHO-KELLING 1993, SCHAEFFER/MOERS/ROSENBROCK 1994, GENSCHE 1995, Bundesausschuß ... 1997).

## 2 Gesundheit und Laiensystem

Neben fließenden Übergängen von Gesundheit und Krankheit wird nicht zuletzt angesichts einer Vielzahl differenzierter medizinischer Modellvorstellungen und Krankheitstheorien deutlich, daß durch die Wissensdifferenzierung der fortschreitenden klinischen Lehre und Forschung sich in unserem Kulturgebiet zwei mehr oder weniger voneinander getrennte Vorstellungs- und Erfahrungswelten hinsichtlich Gesundheit und Krankheit ausbilden: eine Laienwelt, die in überlieferten Kategorien denkt und handelt (vgl. FALTERMAIER 1994, FALTERMAIER/KÜHNLEIN/BURDA-VIERIG 1998, FLICK 1997), und eine professionelle Welt der Fachmedizin, welche eine reichhaltige Krankheitslehre auf erfahrungswissenschaftlicher Basis (vgl. SCHWARTZ/SIEGRIST/TROSCHKE 1998) bildet.

Das in den meisten Gesellschaften vorfindbare duale System der Krankheitsbewältigung, nämlich Experten wie Heiler und Ärzte auf der einen Seite und volksmedizinische Praktiken und Hausmittel auf der anderen Seite, unterliegt freilich erheblichen histori-

schen und gesellschaftlichen Verschiebungen. Besonders nach neueren Betrachtungsweisen ist das Laiensystem nicht einfach Auffangbecken für professionell nicht bereitgestellte Dienste, sondern vielmehr die primäre Ebene der Gesundheitsversorgung und Krankheitsbewältigung. Aufgrund einer Vielzahl empirischer Untersuchungen, die belegen, daß die Großzahl aller krankheitsbedingten Episoden im Laiensystem bearbeitet werden und durch klassische berufsmäßige medizinische Vorgehensweise nicht bewältigbar wären, wurde sogar die Berechtigung eines Perspektivenwechsels propagiert, wonach das offizielle System als Ergänzung des Laiensystems zu betrachten sei (vgl. HÖRMANN 1987a). Zusehends deutlicher kristallisiert sich danach die Erkenntnis heraus, daß die Laienentscheidung, eine Art Selbstdiagnose, der wichtigste Schritt auf dem Weg zum professionellen Gesundheitssystem ist. Bis zu diesem Schritt wirken jedoch eine Reihe von Filtermechanismen zusammen mit verfügbaren Bewältigungsmustern, die das Krankheitsverhalten modulieren und steuern. Die besondere Bedeutung des Laienzuweisungssystems nicht nur in der Bestimmung von Gesundheit, sondern auch im Übergangsfeld zur Krankheit wird daran sichtbar, daß das Laiensystem nämlich oft nicht an den Arzt als Repräsentanten des offiziellen Gesundheitssystems verweist, sondern an komplementäre Beratungsinstanzen wie Apotheker, Heilpraktiker oder die semi- bzw. paraprofessionelle Dienste der sog. Außenseitermedizin (Alternativ-, Paramedizin).

Die Abfolge von Symptomwahrnehmung, -verarbeitung und -präsentation läßt sich anhand der Stadien des Krankheitsverhaltens folgendermaßen differenzieren: Ob institutionelle Hilfeleistung beansprucht wird, entscheidet sich aufgrund der Verfügbarkeit folgender Strategien, wie

- Problemwahrnehmung, welches entgegen geläufiger Ansichten zum unzureichenden Gesundheitsbewußtsein von Kindern und Jugendlichen auch in diesen Altersgruppen unterstellt werden kann (vgl. LOHAUS 1993),
- Kenntnis von Beratungsangeboten (vgl. LOHAUS/LARISCH 1994),
- gemeinsamer Entscheidungsfindung mit greifbaren Bezugspersonen,
- Rückgriff auf bereits in früheren Krankheitsepisoden erprobte Handlungsmuster und
- Inanspruchnahme von Hilfeleistung bei Mitgliedern des Verwandten-Bekannten-Netzwerkes (vgl. NESTMANN 1988, 1994).

Filtermechanismen bzw. Problembewältigungsstrategien wirken jeweils steuernd bei den Entscheidungspunkten für Übergänge in weitere Stadien. Die eigene Wahrnehmung von Symptomen hängt etwa von der bisherigen Erfahrung mit Krankheit und der Störung der persönlichen Bedürfnisstruktur ab. Die Wahrnehmung kann jedoch auch von anderen Personen je nach Vorhandensein bedeutsamer Bezugspersonen erfolgen. Je nach Informationsniveau und subjektiver Orientierung erfolgt eine Reaktion entweder in eigener Entscheidung oder zusammen mit anderen Laien unter Rückgriffsmöglichkeiten auf Netzwerkstrukturen (Bekannte, Verwandte). Vor der Konsultation des professionellen medizinischen Systems, die von Zugangsfiltern, Grad der subjektiven bzw. objektiven Erreichbarkeit und bisherigen Erfahrungen mit diesem System abhängen (vgl. HURRELMANN 1991), wird zuvor möglicherweise paraprofessionelle Hilfe in Anspruch genommen, so daß hier wiederum die Bedeutsamkeit des Laiensystems als Zugangsfilter zu professionellen medizinischen Diensten greifbar wird.

### 3 Gesundheit im Kontext von Beratung und Bildung

Allerdings wäre das Laiensystem gänzlich überfordert, wollte man von ihm eine umfassende Hilfe in sämtlichen gesundheitlichen Belangen erwarten. Bei der Unübersichtlichkeit und Unüberschaubarkeit medizinischer und außermedizinischer Heilweisen rückt folglich Beratung zunehmend in den Mittelpunkt (vgl. HÖRMANN 1988a), was etwa an der rapiden Zunahme vielfältiger „Ratgeber“-Literatur in Sachen Gesundheit sichtbar wird. Angesichts der allgegenwärtigen Verbreitung von Beratung in vielen Bereichen des öffentlichen Lebens weckt der Begriff Beratung zumeist positive Erwartungen: Beratung wird von sachkundigen Spezialisten durchgeführt und zumeist freiwillig für begrenzte Zeit in Anspruch genommen; angesichts der Vielzahl unterschiedlicher Möglichkeiten werden Alternativen und Entscheidungskriterien angeboten, um die individuell passende Lösung zu finden. Beratung mit dem Element der Wahlfreiheit ermöglicht so beispielsweise eine Orientierungs-, Planungs-, Entscheidungs- und Handlungshilfe zu Fragen von Ernährung und Fasten oder beim Problem, ob und wie angesichts einer bestehenden Krankheit zwischen einem konservativen oder operativen Vorgehen oder dem Verzicht auf eingehende Behandlungsmaßnahmen zugunsten der Begleitung des Kranken gewählt werden kann. Rückt schließlich die Respektierung der Selbstverfügung des Betroffenen in das Blickfeld, ist neben dem Beratungsangebot die Eigenverantwortlichkeit und Mündigkeit von Individuen angesprochen, was einen historischen Rückgriff auf den Beginn des neuzeitlichen Umgangs mit Gesundheit nahelegt.

### 4 Gesundheit als pädagogische Aufgabe seit der Aufklärung

Das Gesundheitsmotiv hat seine erste Blüte im Zeitalter der Aufklärung erfahren.<sup>1</sup> Als im Prozeß der Säkularisierung das Jenseits verschwand, wanderten die Paradieshoffnungen ins Diesseits. Gesundheit wurde zum zentralen Thema, Krankheit der religiösen Sphäre entzogen. Wunderwerke erwartete der Mensch fortan nicht mehr von Gott, sondern immer mehr von sich selbst. Gesundheit und langes Leben wurden Garanten und Bedingungen der Möglichkeit seiner irdischen Utopie. In dieser Zeit gewann der Ärztestand konsequenterweise enorm an Ansehen und Macht, seine priesterliche Funktion wird im Laufe der Zeit durch die Religionsgemeinschaft der Versicherten komplettiert (vgl. LENZEN 1996, S. 105). Bevor wir uns gegenwärtigen Bemühungen zuwenden, sei hier auf zwei prototypische Vorläufer der modernen Gesundheitserziehung, oder wie es früher hieß, der physischen Erziehung, Gesundheitslehre, Hygiene, Diätetik und Gesundheitspflege (vgl. SÜNKEL 1994; STROSS 1995, S. 170) bzw. der neuzeitlichen Gesundheitsbildung (vgl. HAUG 1991, S. 109ff.) verwiesen, nämlich den „Gesundheits-Katechismus zum Gebrauch in den Schulen und beym häuslichen Unterricht“ des Arztes Bernhard Christoph FAUST aus dem Jahre 1794 und die „Akademische Rede vom Volkseind als der Mutter der Krankheiten“ des Arztes und Autors des monumentalen Werkes „System einer vollständigen medicinischen Polizey“ Johann Peter FRANK aus dem Jahre 1790 (vgl. HÖRMANN 1986). Weniger wegen ihrer Gemeinsamkeiten, etwa der gemeinsamen rigorosen aufklärungsbezogenen Haltung, als vielmehr aufgrund ihrer Verschiedenheit bleiben die Positionen von FAUST und FRANK auch heute, unter grundlegend gewandelten Bedingungen,

wo nicht mehr allein das Elend, sondern bereits der Wohlstand als Mutter der Volkskrankheiten verdächtigt wird, unvermindert aktuell. Der unentwegte Optimismus des Aufklärers veranlaßte FRANK, im Bereich des Gesundheitswesens vorausplanendes staatliches Handeln zu verpflichten und jenen Krankheitsursachen nachzuspüren, die in den sozialen Bedingungen der Gesellschaft gelegen sind. Dieser Betonung auf Gesundheitspolitik und Verhältnisprävention steht FAUST mit dem Akzent auf gezielter Verhaltensbeeinflussung gegenüber.<sup>2</sup> Wenn als frühe Repräsentanten von Verhaltens- und Verhältnisprävention hier unbefangene Ärzte fungieren, blieb es nicht aus, daß sich im Laufe der Zeit professionsgebundene Interessen und Kompetenzstreitigkeiten durchkreuzten.

In einer ersten Phase von 1770-1800 galt unter der Perspektive von Moral und Gesundheit, wie sich in der apodiktischen und appellativen Form des Gesundheitskatechismus von FAUST exemplarisch zeigt, ein Verständnis von Gesundheit, welches diese als Resultat und Ausdruck einer richtigen Lebensweise, Produkt eigener Leistung und Krankheit als Reaktion auf Unmäßigkeiten in der Lebensführung begreift. Neben der Vermeidung in der Schule auftretender Krankheiten galt das Interesse der Verhinderung eines unmoralischen Lebenswandels und der Förderung eines Volkswohls mit unbefangenen Hinweisen auf die Notwendigkeit kriegstüchtiger Soldaten (vgl. STROSS 1995, S. 174). In einer zweiten Phase der professionellen Differenzierung und „Medizinisierung“ von 1860-1910 verschiebt sich das Verhältnis von Medizin und Pädagogik durch Professionalisierungsbestrebungen im Bereich der Volksschulen (Lehrerbildung), Institutionalisierungstendenzen der schulischen Gesundheitserziehung sowie durch professionsgebundene wissenschaftliche und technologische Fortschritte der Medizin. Neben der zwar nicht unbestrittenen Dominanz von Krankheitsorientierung und „Medizinisierung“ von gesundheitsbezogenen Inhalten gelangte u.a. die Schule nicht nur unter dem Aspekt ihrer positiven Möglichkeiten, sondern als eigene Ursache für die Notwendigkeit von Gesundheitserziehung und der Beseitigung „krankheitsverursachender Faktoren“ (wie Kurzsichtigkeit, Haltungsschäden etc.) besonders beim Gymnasium in das Bewußtsein von Experten und Öffentlichkeit. Forderungen nach Einrichtung von Gesundheitserziehung als eigenständiges Lehrfach wurden etwa mit dem Argument der „Überbürdung“ von Schülern wiederholt zurückgewiesen. In einer letzten Phase der „Repädagogisierung“ zwischen 1910 und 1930 rückte Prävention mit normierenden Vorstellungen und normativen Vorgaben bis hin zu eugenischer und sozialhygienischer Ausrichtung mit didaktischer Aufbereitung und Methodenvielfalt in den Vordergrund. In der dritten Reichsschulkonferenz 1920 wird schließlich den Lehrern die Zuständigkeit für Gesundheitserziehung im Unterricht erteilt und somit das jahrzehntelang umstrittene Terrain der Gesundheitserziehung in den Schulen „rückerober“: „Trotz fortlaufender Kooperation für Gesundheitserziehung zwischen Pädagogen und Medizinern ändert sich damit – in der Zeit der Erstinstitutionalisierung der Erziehungswissenschaft als Universitätsdisziplin – das Verhältnis zwischen Pädagogik und Medizin“ (STROSS 1995, S. 180). In der Folgezeit verstärkte sich wieder die medizinische Orientierung der Inhalte in schulischen und außerschulischen Formen der Gesundheitserziehung. Die medizinische Dominanz wird allerdings, wie bereits erwähnt, seit Anfang der 90er Jahre durch die Entwicklung gesundheitswissenschaftlicher Konzepte (besonders der New Public Health) gegenzusteuern gesucht (vgl. HAUG 1991, S. 176ff.). Allerdings reklamieren Mediziner in neuester Zeit angesichts von Kostendämpfungsmaßnahmen im Gesundheitswesen und ungünstigerer Arbeitsmarktsituationen zunehmend psychosoziale Aufgabenfelder wie Gesundheitsberatung, Prävention oder kreieren in professionsspezifischer Profilierung individuelle Gesundheitsdienstleistungen (IGEL, vgl. KRIMMEL 1998). Durch die

1996 erfolgte Abschaffung bzw. Reduktion der Gesundheitsförderung im Sozialgesetzbuch (SGB) V, § 20 (vgl. KIRSCHNER/RADOSCHEWSKI/KIRSCHNER 1995) auf „medizinisch notwendige“, gleichwohl höchst umstrittene (vgl. BORGERS 1997) Maßnahmen wurden weitere potentielle gesundheitspädagogische Arbeitsfelder zurückgedrängt (vgl. ROBERTZ-GROSSMANN/PRÜMEL-PHILIPPSEN 1996).

## 5 Gesundheit und Prävention

Neben der Wichtigkeit des Laiensystems im vormedizinischen Raum erweckt das Phänomen der sog. Zivilisationskrankheiten die Aufmerksamkeit, weil in den westlichen Ländern die gegenwärtigen Hauptkrankheiten 85% aller Todesfälle verursachen. Zu den sog. Zivilisationskrankheiten werden Herz- und Kreislaufkrankheiten gerechnet, bösartige Neubildungen, Erkrankungen der Atemwege, tödliche Unfälle, Diabetes mellitus sowie Leberzirrhosen (vgl. OBERENDER 1987, S. 517; für die USA: vgl. KÜHN 1993, S. 19; SCHAEFER 1993). Es gelang, zumindest in den westlichen Industriestaaten, die alten Geißeln der Menschheit (Pocken, Diphtherie und Tuberkulose) zu bannen – ganz im Gegensatz zur weltweiten Situation etwa in weniger entwickelten Ländern, in welchen beispielsweise Tuberkulose nach wie vor die verbreitetste und bedrohlichste Infektionskrankheit ist (vgl. CLADE 1998, GABLER-SANDBERGER 1998). An die Stelle teils überwundener Infektionskrankheiten wie Pocken traten jedoch chronische Krankheiten (vgl. SCHWARTZ/SIEGRIST/TROSCHKE 1998, S. 14) oder neue Krankheiten wie die epidemische Verbreitung von AIDS (HIV-Infektion) oder die bislang lediglich sporadisch aufgetretene BSE (Bovine Spongiforme Enzephalopathie, der „Rinderwahnsinn“, eine Variante der Creutzfeld-Jacob-Krankheit, vCJK). Wenn auch in den vergangenen 100 Jahren die durchschnittliche Lebensdauer in Deutschland von 35 bis 40 Jahren auf über 74 Jahre gestiegen ist, traten zudem an die Stelle der alten Geißeln jedoch die neuen Zivilisationskrankheiten, die auf Wechselwirkungen des Menschen mit seiner selbstgeschaffenen Zivilisation zurückzuführen sind. Sie werden im Zusammenhang mit den Änderungen der Umwelt großenteils unmittelbar beeinflussbaren gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen zugeschrieben (zum Zusammenhang von Lebensstil und „selbstverursachten“ Krankheiten vgl. KÜHN 1993, S. 29).

Die Bedeutung von Risikofaktoren für die Entstehung von Krankheiten ist offensichtlich (vgl. HÖRMANN 1994a), wie dies in offiziellen Statistiken etwa zu den Kosten von Überernährung regelmäßig dokumentiert wird (vgl. KOHLMEIER u.a. 1993). Solche Überlegungen machen deutlich, daß Prävention einen gewaltigen Aufschwung genommen hat (vgl. HAUG 1991, S. 34ff.). Wenn also menschliches Verhalten ein entscheidender Faktor bei der Entstehung von Gesundheitsgefährdungen ist, müßte man dann nicht Gesundheit durch entsprechendes anleitendes Vorgehen fördern können, Gesundheit also als pädagogischen Auftrag verstehen? Wenn weiterhin nicht mehr nur Gesundheitsrisiken als Hintergrund präventiver Maßnahmen im Mittelpunkt stehen, sondern die Bedeutung von Gesundheitsressourcen als Grundlage für aktive Strategien einer Bemächtigung von Adressaten (Empowerment) als bedeutsam erkannt sind (vgl. WALLER 1995, S. 25ff.; SCHNEIDER 1993), liegt der jenseits aufklärerischer oder bloß unterrichtlicher Programme gefaßte Einbezug pädagogischer Handlungsformen wie Übung oder Training (vgl. HÖRMANN 1994b, PETERMANN 1993) oder die Entwicklung allgemeiner Bewältigungsfertigkeiten oder life skills (vgl. JERUSALEM/MITTAG 1994) nahe.



## 6 Gesundheitserziehung

An Gesundheitserziehung knüpft sich zunächst die Hoffnung, daß entsprechende Gesundheitsrisiken durch die Einleitung planmäßiger Lernprozesse wenigstens ansatzweise ausgeschaltet bzw. förderliche Gesundheitsressourcen entwickelt werden können. Die Zielorientierung erzieherischen Handelns scheint vorauszusetzen, daß es jemanden gibt, der weiß, aus welchem Grund und zu welchem Zweck ein anderer sich einer bestimmten (Be-)Handlung zu unterziehen hat. Dieses Wissen stützte sich in der Nachkriegszeit anfänglich hauptsächlich auf Erkenntnisse und Verfahrensweisen der naturwissenschaftlichen Medizin (vgl. HENKELMANN/KARPF 1983, KLEIN 1986, FLOTO/WUNDERLICH/HETTWER 1989). Während sich die somatisch orientierte Medizin um die kurativen Aspekte der Krankheitsbewältigung kümmerte, konzentrierte sich die Gesundheitserziehung ergänzend darauf, den Menschen Informationen zu vermitteln, wie sie bestimmte Erkrankungen und Funktionsstörungen durch die Einhaltung sanitärer und hygienischer Gepflogenheiten vermeiden könnten, wie dies am Beispiel der Kampagnen zur Zahngesundheitserhaltung verdeutlicht werden kann. Neben der somatischen Krankheitsvermeidung bedeutete Gesundheitserziehung das Trainieren des menschlichen Körpers und Geistes für eine optimale Anwendung biomedizinisch begründeter Erkenntnisse und Verfahren (vgl. SCHABACKER 1980, KARSDORF 1985) mit Hilfe kognitiver und emotionaler Methoden (wie Abschreckung, Angstappelle) und kann gegenüber einer umfassenderen Gesundheitspädagogik eher als „Medicopädagogik“<sup>3</sup> verstanden werden (vgl. Abb. 1).

Abbildung 1: Medicopädagogik versus Gesundheitspädagogik

Medicopädagogik	Gesundheitspädagogik
Gesundheit und Krankheit schließen sich aus	Gesundheit und Krankheit ergänzen sich
Gesundheit ist „Nicht-Krankheit“ Krankheit ist „Nicht-Gesundheit“	Gesundheit enthält Krankheit Krankheit enthält Gesundheit
Gesundheit ist positiv Krankheit ist negativ	Gesundheit und Krankheit sind gleichberechtigte Teile der Lebenswirklichkeit
Konsequenz: Eliminierung von Krankheit	Lernen, „auf gesunde Art krank sein zu können“ Lernen, Krankheit als Chance zu nutzen
Gesundheit und Krankheit als „Zustand“	Gesundheit und Krankheit als „Prozeß“
Gesundheit als medizinische Norm	Gesundheit als „kulturelle Leistung“

Dieses Modell von Gesundheitserziehung – das vorrangig an der Verhütung medizinisch vordefinierter Krankheiten (z.B. Bluthochdruck, koronarer Herzkrankheit, Stoffwechselstörungen) orientiert ist, wobei deren Entstehung individuellem Fehlverhalten zugeschrieben wurde – sowie die bloße Vermittlung krankheitsspezifischer Informationen erfüllten

– trotz vereinzelter unbestreitbarer Erfolge (etwa durch Anti-Raucherkampagnen zur Senkungen kardiovaskulärer Krankheiten) – jedoch insgesamt nicht die hochgesteckten Erwartungen. Um dem Dilemma abzuweichen, daß trotz der allgemein guten Gesundheitskenntnisse der Bevölkerung das „Risikoverhalten“ vieler sozialer Gruppen fortbesteht, wurde das Risikofaktorenkonzept um psychologische und soziale Anteile erweitert. Daß die Vermittlung von Kenntnissen bei gefährdeten Bevölkerungsgruppen nicht zu einem veränderten Verhalten geführt hat, mochte dem logisch-analytisch geschulten Denken des naturwissenschaftlich sozialisierten Mediziners als wenig verständlicher Sachverhalt erscheinen. Für Sozialwissenschaftler stellt diese Erkenntnis indes ein vertrautes Phänomen dar, das ihnen die Möglichkeit einräumte, ihre konzeptionellen Entwürfe (vgl. DLUGOSCH 1994, S. 101ff.) und Methoden auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung anzuwenden. Mit Hilfe ausgeklügelter Motivationstechniken und gruppenspezifischer Verfahren wurden folglich Selbstkontroll- und verhaltenstheoretische Programme und Veränderungstechnologien (etwa Raucher-Entwöhnungskurse, Alkohol- und Übergewichts-Gruppen etc.) in den Dienst der Verbreitung und Durchsetzung gesundheitsrelevanten Wissens gestellt.

Unabhängig von der Vernachlässigung von Fragen der Lebensqualität und des Wohlbefindens (vgl. ABELE/BECKER 1991), welche in den auf spezielle Risiken wie Konsum illegaler Drogen, Tabak- und Alkoholkonsum, HIV-Infektion gerichteten Programmen von Gesundheitserziehung eher selten zur Sprache kommen (vgl. PFAFF/JAKOB/ PÖTSCHKE-LANGER 1992), steht unter ökonomischen Aspekten eine solide Kosten-Nutzen-Analyse von Gesundheitserziehung aus (vgl. JERUSALEM/MITTAG 1994, S. 858), wenngleich Hinweise auf die Auswirkung gesundheitserzieherischer Aktivitäten einer nüchternen Bilanzierung standhalten (vgl. OBERENDER 1987, S. 520). Als strukturelle Mängel dieser Varianten von Gesundheitserziehung wurden gleichwohl neben der Kritik an seinem ausgeprägten Individualismus die verdeckte Krankheitsorientierung, ein nicht minder ausgeprägter Autoritarismus sowie die Assoziation mit einem asketischen und langweiligen Lebensstil angeprangert. Außerdem wird kritisiert, daß alters- und entwicklungs-spezifische Verhaltensmerkmale sowie die psychosoziale Funktionalität von Risikomerkmalen unberücksichtigt blieben (vgl. JERUSALEM/MITTAG 1994). Schließlich wird bei schulischen Interventionsschwerpunkten die wichtige Erweiterung um sozial-, persönlichkeits- und allgemeinpsychologische (vgl. SCHWARZER 1994) Komponenten (wie soziale Immunisierung, Verhaltensimpfung, Entwicklung allgemeiner Bewältigungskompetenzen und Life-Skills) betont, nicht zuletzt wird schulische Gesundheitserziehung im Kontext von Klassenklima und Schulentwicklung propagiert (vgl. LEPPIN/HURRELMANN/ FREITAG 1994). Die Ersetzung des Begriffs Gesundheitserziehung durch „Schulische Gesundheitsförderung“ (ebd.) für eine um schulische Kontextfaktoren erweiterte Gesundheitserziehung oder deren Verdrängung, wie sie etwa in der Umbenennung der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung in Bundesvereinigung für Gesundheit zum Ausdruck kommt, mag neben den genannten Gründen nicht zuletzt auch durch eine mit antipädagogischem Affekt öffentlichkeitswirksam geschürte Aversion gegen Erziehung als angeblicher Manipulation und Bevormundung geleitet sein.<sup>4</sup> Neben der stärker die symmetrische Interaktion betonenden Gesundheitsberatung (vgl. HÖRMANN 1988a, DLUGOSCH 1994) wurde auf der Suche nach Alternativen Gesundheitsbildung (vgl. Abb. 2) zusehends attraktiver.

**Abbildung 2:** Überblick über die zentralen Begriffe gesundheitspädagogischer Prävention und Intervention

Gesundheitsaufklärung/ Gesundheitsinformation	Bereitstellung von Informationen zum Erwerb handlungsrelevanten Wissens (spezifisch oder unspezifisch)
Gesundheitserziehung	Anspruch, auf der Basis konkret vermittelten Wissens zur Einstellungs- und Verhaltensänderung zu motivieren und diese in konkreten Übungsprogrammen zu erproben und zu stabilisieren
Gesundheitsbildung	Aneignung von Kenntnissen und Fertigkeiten zur Ausformung eines „kultivierten Lebensstils“ (gesundheitliches Wohlbefinden in Selbstbestimmung)
Gesundheitsberatung	Interaktion zwischen Berater und Ratsuchendem mit dem Ziel der Vermittlung handlungsrelevanten Wissens und der Motivierung zur Einstellungs- und Verhaltensänderung
Gesundheitsförderung	Vermittlungsstrategie zwischen Mensch und Umwelt zur Synthesefindung zwischen persönlicher Entscheidung und sozialer Verantwortlichkeit mit dem Ziel der aktiven Gestaltung einer gesünderen Zukunft

## 7 Gesundheitsbildung

Während Erziehung das geplante, wissenschaftlich begründete und kontrollierte Eingreifen zur Beeinflussung und Lenkung von Einstellungen und Verhaltensweisen mittels systematischer Lernschritte bedeutet, knüpft sich an den Begriff der Bildung das Moment der Selbstverfügung und aktiven Gestaltung, die Ablösung einer ursprünglich externen Steuerung durch eine internalisierte Form der Selbstregulierung, kurz: die Ausformung eines unverkennbaren und kultivierten Lebensstils (vgl. HÖRMANN 1988a). Ohne entscheiden zu wollen, ob bei dieser Gegenüberstellung Erziehung nicht allzu stark in die Reichweite von Manipulation oder Indoktrination gerückt und somit Erziehung zur Mündigkeit in technokratischer Verzerrung verkürzt wird, sei hier lediglich ein Plausibilitätsgrund für die zunehmende Attraktivität des Begriffs Gesundheitsbildung (vgl. HAUG 1991, KODDENBERG 1996, KODDENBERG/PAPENKORT 1997) versucht: Da der Gesundheitserziehung oder wie sie seit der Aufklärung auch genannt wird, Gesundheitsbelehrung häufig der Beigeschmack des Apostolischen anhaftet, des moralischen Zeigefingers und des Schulmeisterlichen oder der Beschränkung auf das Kindes- und Jugendalter, ist die begriffliche Umorientierung zumindest auch praktisch verständlich. Mit der Betonung des Bildungselements rückt gleichzeitig auch der zweite Bestandteil des Begriffs in eine veränderte Sichtweise, nämlich Gesundheit als Gesunderhaltung oder gesundheitsorientierte Lebensweise („Salutogenese“, vgl. ANTONOVSKY 1987, 1997), die grundsätzlich gegen

eine Prophylaxe abgrenzbar ist, welche lediglich die Verhütung von bereits drohender Krankheit intendiert. Unter Rückbesinnung auf die historische Tradition der antiken Diätetik als einem System der gesunden Lebensweise war zuletzt in der scholastischen Theorie der Medizin eine beeindruckende Synthese der Gesundheitslehre überliefert worden, welche in neuerer Zeit eine gegenwartsorientierte Neuformulierung im Konzept der „Regelkreise der Lebensführung“ (SCHIPPERGES u.a. 1988) erfahren hat.

Trotz der ganzheitlichen, gesundheitsorientierten und ökologischen Perspektive sind gleichwohl einige Fragen an eine nach diesem Vorbild konzipierte Gesundheitsbildung zu richten (vgl. HÖRMANN 1988b, S. 148f.). Mit der Kultivierung eines Gleichgewichts der wohlausgewogenen Proportionen kulminiert ein solches häufig gerühmtes Gesundheitsbildungskonzept in der individuellen Selbstvervollkommenung und autonomen Wohlausgewogenheit. Ferner kann nicht übersehen werden, daß die *Regimina sanitatis* die gesunde Lebensführung für höhere Stände proklamierten, wie sich dies noch krasser in der griechischen Diätetik zeigt, welche die Belange der Arbeitswelt höchstens im Vorbeigehen streift sowie Kindern und Frauen nur wenig Aufmerksamkeit schenkt. Was sich als Modell ganzheitlicher oder alternativer Gesundheitsbewegung anzupreisen scheint, bedarf daher jeweils einer kritischen Untersuchung seiner kulturellen Bedingtheit und einer innovativen Weiterentwicklung (vgl. SCHIPPERGES u.a. 1988). Ansonsten könnte der Bewegung einer „ganzheitlichen Gesundheitsbildung“ das gleiche Schicksal beschieden sein wie der bereits vor über 100 Jahren bestehenden Gesundheitsgegenkultur (healthism counterculture), die 1840 als Teil der Popular health movement entstand (vgl. WHORTON 1982) und in modernen Varianten einer holistischen Medizin und eines „Healthismus“ (vgl. KÜHN 1993) ihre Reaktivierung findet.

Um zu verhindern, daß mit Hilfe einer individuellen Verantwortungsethik von Gesundheitsbildung das Opfer zum Täter stilisiert wird, wurde in neuerer Zeit von der WHO in der Ottawa-Charta 1986 das Konzept der Gesundheitsförderung (health promotion) propagiert (vgl. FRANZKOWIAK/SABO 1993, S. 96ff.; GÖPEL/SCHNEIDER-WOHLFAHRT 1994, S. 279ff.), welche sich in ihrer programmatischen Leitorientierung inzwischen auf breiter Ebene durchgesetzt hat, ohne daß deshalb die praktische Einlösung des inaugurierten Konzepts jenseits bloßen Etikettentauschs unterstellt werden kann (vgl. SCHAEFER 1993, BMBF 1997).

## 8 Gesundheitsförderung

Sofern Risikofaktoren nicht einen Passierschein für konformitätsorientierte Eingriffe in jedermanns Lebensgestaltung abgeben und der Mensch nicht nur als Objekt omnipotenter Kontrollstrategie ins Visier geraten soll, steht Gesundheitsbildung vor der Aufgabe, nicht nur einen Beitrag zur positiven Bestimmung von Gesundheit zu leisten, sondern sich in Weiterentwicklung von Persönlichkeits-, Sach- und Sozialkompetenz zur Gesundheitsförderung zu wandeln: einer Strategie zur umfassenden Veränderung sowohl soziostruktureller als auch subjektiver Momente. Gesundheit wird hier nicht zu einem individuellen und mikrosozialen Problem stilisiert, sondern bleibt an die Lebenswelt und die gesellschaftlichen Entwicklungsprozesse gebunden, insbesondere in den Sektoren, die für den gesundheitlichen Zustand der Bevölkerung von besonderer Bedeutung sind: Produktionsprozeß, Arbeitsbedingungen, Einkommensverhältnisse, Wohnungsbau, Stadtplanung und

Umweltgestaltung, um nur einige Bereiche zu nennen (vgl. HURRELMANN/LAASER 1993, SCHWARTZ 1998). In Programmen der Gesundheitsförderung müssen über die individuellen Aspekte von Lebensweisen hinaus also folgende Bereiche thematisiert werden: Gefahren der industriellen Produktion, Verkehrs- und Stadtplanung, Information und Weiterbildung von Konsumenten im Ernährungsbereich, Umweltgefahren wie saurer Regen, Schadstoffbelastungen, Gefährdungen durch Atomkraftwerke u.a. m., so daß eine solches Konzept von Gesundheitsförderung notwendigerweise Umweltorientierung und gesellschaftliche Einflußnahme als einen wesentlichen Teil seiner Aktivitäten einschließt, was sich in ähnlicher Weise in konzeptionellen Debatten um Umwelterziehung, Ökopädagogik und ökologisches Lernen widerspiegelt. Denn ähnlich wie es unzureichend wäre, in medikalisierender Manier gesundheitsbewußtes Leben beispielsweise durch die Aufforderung zum Laufen oder Bewegungstraining in verpesteter Luft ohne Kenntnis der Lebenswelt zu propagieren, ebenso kurzsichtig wäre es, lediglich individuell verantwortlichen Umgang mit Waschmitteln zu fordern, ohne gleichzeitig die Herstellung entsprechender Präparate oder die Verunreinigung von Gewässern im globalen Ausmaß in Angriff zu nehmen. Gesundheitsförderungsprogramme sind danach jeweils auf individueller, kollektiver, gemeinde- bzw. organisationsbezogener sowie sozialpolitischer Ebene zu untersuchen (vgl. HÖRMANN 1988b, S. 150ff.).

## 9 Gesundheitspropaganda als Risiko

Während Medizinkritik ein lange Geschichte mit verschiedenartigen Typen aufweist (vgl. LENZEN 1991, S. 14ff.), erfreut sich Gesundheit als höchster Wert nicht nur in demoskopischen Umfragen unbestrittener Wertschätzung, sondern wird hinsichtlich unerwünschter Nebenwirkungen oder normativer Fragwürdigkeiten seltener hinterfragt. Allerdings hat eine entwickelte Konsumgesellschaft längst an die „Stelle einer personalen Ethik einen Kult um die Gesundheit der Person und psychologische Therapeutik“ (BOURDIEU 1982, S. 576f.) gesetzt. Gesundheit ist heute zu einer kaum mehr kritikfähigen Kategorie sozialen Handelns geworden (vgl. LABISCH 1984), zu unserem höchsten Gut: Gesundheit hat sich zum zauberkräftigen Ding etabliert und gilt „deshalb heilig, weil an ihrem besonderen Wert niemand zweifeln darf, weil eine Fülle von Wünschen und Hoffnungen auf sie gerichtet ist, weil vielfältige Praktiken ihr zugeordnet sind, die man nur als kultisch oder magisch bezeichnen kann, und weil zahllose Interessenten die Gesundheit benutzen, um Kapital zu mehren, Berufsstände zu sichern, Institutionen zu bedienen, gesellschaftliche Werte durchzusetzen und zu stabilisieren. So haben Gesundheit und Gesundheitswesen heute eine Bedeutung erhalten, wie sie der Religion zu den Zeiten zukam, als die Kirchen über das Leben herrschten und viele im Namen der Religion ihr Süppchen kochten“ (WILL 1987, S. 8). Die neuzeitliche Ideologie von der Beherrschbarkeit der Welt liefert die globale Basis für die Überzeugung von der Machbarkeit von Gesundheit. Hinter den Vorstellungen und Handlungen, die Gesundheit herzustellen oder zu erhalten, verbirgt sich darüber hinaus jedoch letztlich der säkularisierte Wunsch nach magischer Allmacht über Leben und Tod. Als das Jenseits verschwand, wanderten die Paradieshoffnungen ins Diesseits. Gesundheit wurde zum zentralen Thema, Krankheit der religiösen Sphäre entzogen. Wunderwerke erwartete der Mensch fortan nicht mehr von Gott, sondern immer mehr von sich selbst. Gesundheit und langes Leben (vgl. HUFELAND 1796) wurden Ga-

ranten und Bedingungen der Möglichkeit seiner irdischen Utopie. In dieser Zeit gewann der Ärztestand konsequenterweise enorm an Ansehen und Macht, die Medizin erfüllt ein quasireligiöse Kulturfunktion (vgl. LENZEN 1991, 1996). Unter dem Schlachtruf Gesundheit hat sich daher in neuerer Zeit ein wahrer Boom hinsichtlich der Stilisierung und des Umgangs mit dem Körper eingesetzt. Übergewicht und schlaffe Muskulatur, Blässe und mangelnde Sportivität, – dies und anderes mehr gelten als Indiz dafür, daß wir es mit einem Menschen zu tun haben, der nicht oder wenig für seinen Körper tut. Die Konsumgesellschaft hat die Stilisierung des Körpers als Marktlücke entdeckt und mit dem Attribut Gesundheit versehen. Mode und Gesundheit sind eine innige Verbindung eingegangen, so daß fast zu befürchten ist, daß die Gesundheitsideale ebenso schnell wechseln wie die Mode von Saison zu Saison.

Körperliches Wohlbefinden gerät in den Mittelpunkt einer gesellschaftlichen Sinnssuche, ohne daß noch gefragt wird, ob sportliche Gesundheit und Fitneß als unverzichtbar für ein sinnvolles Leben anzusehen sind.<sup>5</sup> Da die klassischen Produkte des ökonomischen Systems aufgrund ihres rapiden Preisverfalls und der Verfügbarkeit für breitere Schichten ihren Wert als Indikator von Prestige- und Statusdifferenzierung zumindest bei den Mittel- und Oberschichten teilweise verloren haben, ist auf der Suche nach einem neuen Indikator der „Körper als schönster Konsumgegenstand“ in den Blick gekommen, wie ihn BAUDRILLARD (1981, S. 93) folgendermaßen skizziert:

Im Arsenal des Konsums gibt es ein Objekt, das schöner, wertvoller, auffallender als alle anderen ist – das noch mehr unterschwellige Assoziationen hervorruft als das Auto, aber doch alle in sich zusammenfaßt: der KÖRPER. Seine ‚Wiederentdeckung‘ nach einer tausendjährigen Ära des Puritanismus, unter den Zeichen der körperlichen und sexuellen Befreiung, seine Allgegenwart (insbesondere des weiblichen Körpers ...) in der Werbung, der Mode und der Massenkultur, der Hygiene-, Diät- und Therapiekult, von dem er umgeben wird, der Jugendlichkeits-, Männlichkeits/Weiblichkeitswahn und die Eleganz-, Pflege-, Opferbereitschafts-, Diäthesessenheit, die mit ihm verknüpft sind, der Mythos des Vergnügens, der ihn umkreist – alles zeugt heute davon, daß der Körper zum Gegenstand des Heils geworden ist. Er hat mit dieser moralischen und ideologischen Funktion buchstäblich die Seele ersetzt.

Ob der Kult des Körpers tatsächlich den des Geistes abgelöst hat, bleibe einstweilen dahingestellt. Daß allerdings der Körper weit über die Ablösung einer historischen Epoche von Körpervernachlässigung bzw. Körperfeindlichkeit hinausgeht und Gesundheit mythische Dimensionen annimmt,<sup>6</sup> welche als Ziel an die Stelle gesamtgesellschaftlicher Ziele und als Norm an die Stelle der Moral tritt, ist nicht ganz von der Hand zu weisen. Unter der Losung „Gesundheit“ wird nämlich dem Publikum von einem bunten Prophetenheer ein sozialer Mythos angedient, der politische Gruppierungen, Teilkulturen, soziale Schichten und Altersgruppen in einer Art biodynamischer Variante der formierten Gesellschaft übergreifen soll.

Wo der Körper zum Gegenstand des Heils wird, resultiert entweder die verbissene Sucht nach unaufhörlicher Fitneß oder ein ständiger Kampf gegen den Körper. Denn je mehr Aufmerksamkeit die Anhänger der Gesundheitsgemeinde dem Körper zuwenden, desto mehr entdecken sie, daß der Körper ein ständiger Gefahrenherd für den Bestand des Lebens ist. Der radikale Einsatz für die Gesundheit entwickelt sich zum verbissenen Kleinkrieg gegen den eigenen Körper, der so weit geht, daß über dem gesamten Lebenswandel wie unter einem Schuldfluch das eiserne Gesundheitsdiktat waltet. Die Gesundheitspflege gerät nicht nur zum heroischen Kreuzzug gegen die Unberechenbarkeit, Verführbarkeit und Unordentlichkeit des eigenen Leibes mit seiner bedrohlichen Triebhaftigkeit, sondern gegen dessen Gebrechlichkeit, Hinfälligkeit und Vergänglichkeit. Die stür-

misches Nachfrage nach Lifestyle-Pillen wie dem Potenzmittel Sildenafil (Viagra) oder den fraglichen Hilfen beim Übergewicht (vgl. arznei-telegramm 1998, S. 77f.), der Fettbremse Orlistat (Xenical) oder dem Appetitzügler Sibutramin (Reductil) oder weitere chemische Jungbrunnen verdeutlichen die Hoffnung auf „Wohlfühl-Pillen“, welche nicht heilen, sondern nur helfen, Schwächen wie Impotenz oder Eßsucht zu überwinden. Der alltägliche Drang zum „Doping für Tisch und Bett“ (vgl. SCHUH/HANSEN 1998) korrespondiert der drogeninduzierten Leistungsfähigkeit im Leistungssport (vgl. LÖLLGEN 1998) oder Freizeitbereich (Lustpillen, Aufputsch- und Partydrogen; vgl. BOOS u.a. 1998).

## 10 Gesundheitspädagogische Aufgabenbereiche/Arbeitsfelder

Überblickt man neuere pädagogische Schwerpunktheft<sup>7</sup> zum Thema Gesundheit, finden sich dort einmal die klassischen Themen Bewegung, Ernährung, Entspannung, Umgang mit Körper und Sexualität, Individual- (z.B. Zahngesundheit, Körperpflege), Sozial- und Umwelthygiene (z.B. Lärm, Ernährungsgewohnheiten) und Kleidung. Neben der Werbung für Gesundheitsuntersuchungen, Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen (z.B. Impfaktionen, Gesundheits-Checkups), welche zunehmend auf Krankheitsfrüherkennungsmaßnahmen beschränkt werden (vgl. ROBERTZ-GROSSMANN/PRÜMEL-PHILIPPSEN 1996), fehlt natürlich nicht der Umgang mit Alltagsdrogen wie Alkohol und Nikotin oder die Behandlung von stoffgebundenen bzw. -ungebundenen Abhängigkeiten. Selbstverständlich werden nicht nur die Grenzen zwischen legalen und illegalen Drogen (etwa am Beispiel der Cannabisprodukte wie Haschisch) oder entsprechende präventive oder interventive Strategien kontrovers diskutiert, sondern auch die Bereiche Sexualität und Körper. Einer euphorischen und naiv-optimistischen Einschätzung von Sexualpädagogik als Möglichkeit zur Suchtprävention (vgl. GLÖCKNER 1998) steht etwa die nüchterne Betrachtung einer „skeptischen Sexualpädagogik“ (MÜLLER 1992) gegenüber, welche vor falschen Glücksversprechungen, Erlösungshoffnungen, Abhängigkeiten oder naiver Eindimensionalität warnt zugunsten der Wahrnehmung unverrückbarer Ambivalenzen. Wo eine Körpervergessenheit abgelöst zu werden scheint durch eine Körperbesessenheit, ist eine Balance mühsam herzustellen zwischen dem „riskierten Körper“ und einem „zivilisierten Körpergehabt“, zwischen Leiberfahrung und Körperdisziplinierung, einer „Körpererziehung als erste Aufgabe der (Sozial-)Pädagogik“<sup>8</sup> jenseits von einem durch den Sport kategorisierten oder organisierten Ausschnitt und einer Körperverdrängung. Hier verdeckt die Beschwörung einer „ganzheitlichen Gesundheitsbildung“ (vgl. KNÖRZER 1994) mit einem verbreiteten Schlagwort zumeist bloß vorschnell das Problem der Vermittlung heterogener Elemente und Richtungen anstatt eine Hilfestellung zu bieten zur Integration vielfältiger Impulse von Körpertechniken wie Eutonik, Rolfing, Feldenkrais oder Gesundheitsübungen bzw. Bewegungskünsten aus unterschiedlichen kulturellen Hintergründen etwa fernöstlicher Energiekonzepte (Tai Chi, Qi Gong, ayurvedischer oder traditionell chinesischer Medizin), welche Elemente von Bewegung, Atmung, Körperbewußtsein und imaginativen Bildern enthalten.

Unabhängig von der sozialen und kulturellen Einbettung der Körperthematisierung im Spannungsfeld von postmoderner Pluralisierungsdiffusion und hedonistischer Erlebnisgesellschaft widmet sich eine pädagogisch orientierte Gesundheitsberichterstattung der epidemiologischen Erfassung des Gesundheitszustandes in verschiedenen Lebensaltern, etwa

zum gesundheitlichen Zustand von Kindern und Jugendlichen (vgl. KOLIP/HURRELMANN/SCHNABEL 1995, SETTERTOBULTE/PALENTIEN/HURRELMANN 1995), zu einer Vielzahl von Belastungsfaktoren (vgl. ENGEL/HURRELMANN 1989, NORDLOHNE 1992), geschlechtsspezifischen Gesundheitsmerkmalen (vgl. KOLIP 1997) oder dem Umgang mit Drogen (vgl. ENGEL/HURRELMANN 1993, HURRELMANN/BRÜNDEL 1997).

Weiterhin treten neben traditionelle Angebote einer Gesundheitserziehung in der Schule im Rahmen unterrichtlicher Aktivitäten Konzepte der Gesundheitsförderung zur Entwicklung „Gesunder Schulen“ (vgl. BRÖSSKAMP/GÖPEL 1991, PRIEBE/ISRAEL/HURRELMANN 1993, BARKHOLZ/HOMFELDT 1994, WILDT 1997). Als Erweiterung des gesundheitsbezogenen Horizontes geraten nicht zuletzt auch chronische Krankheiten in das Blickfeld als pädagogische Handlungsfelder, etwa am Beispiel von Schmerzbewältigung oder Chronischer Niereninsuffizienz mit Dialysepflichtigkeit (vgl. HÖRMANN 1992, HÖRMANN/LANGER 1988), Schulung bei Stoffwechselkrankheiten wie Diabetes, Atemwegserkrankungen, Mucoviscidose (Zystische Fibrose), Magen-Darmkrankheiten wie Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa (vgl. PETERMANN 1994, MICHELS 1996). Während im Bereich der Psychologie in Abkehr von der ätiologisch und tiefenpsychologisch-psychoanalytisch orientierten Psychosomatik sich die Verhaltensmedizin der Bewältigung und Verarbeitung von Krankheiten annimmt (vgl. PETERMANN 1997a), wird eine Krankenpädagogik zumeist noch im eingeschränkten Sinne als sonderpädagogische Teildisziplin der Schule für Kranke (vgl. THEIS 1991) verstanden. Gleichwohl ist Krankenpädagogik neben Patientenschulung (vgl. PETERMANN 1992, 1997b) und -training (vgl. z.B. PETERMANN 1993) als Teilgebiet einer Gesundheitspädagogik wahrzunehmen, welche primär das Ziel verfolgt, den Umgang mit Krankheit und ihre Bewältigung zu lernen. Die Abgrenzung von Therapie als beabsichtigte Heilung oder Linderung von Krankheit sei am Beispiel des Diabetes (vgl. PETERMANN 1996a) verdeutlicht. Während die Medizin bei Typ I-Diabetikern (IDD=Insulin Dependent Diabetes) durch Substitution des lebenswichtigen Bauchspeichelhormons Insulin mit der Bilanzierung des Zuckerstoffwechsels zwar nicht die Heilung, aber die Linderung der Krankheit und Lebensfähigkeit ermöglicht, die Psychotherapie gegebenenfalls auftretende psychische Probleme einer unangemessenen Krankheitsverarbeitung (etwa durch Phobien, Depressivität, Verhaltensstörungen) bearbeitet, hilft Pädagogik durch Schulung nicht nur im Erlernen des alltäglichen Umgangs mit der Krankheit, sondern der Verarbeitung einer Lebenserfahrung. Warum sollten bei der Konfrontation mit einer existentiellen, gegebenenfalls plötzlichen und bedrohlichen Lebenssituation vor dem Hintergrund einer anästhetisierenden Gesellschaftslage weniger pädagogische Unterstützung oder Anstrengungen nötig sein als bei den allgemein akzeptierten pädagogischen Hilfen zum Erlernen der Kulturtechniken des Lesens und Schreibens? Gerade in einer Zeit, in welcher durch die zum 1. Januar 1999 beschlossene Einführung des Gesetzes zum Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten erstmals auch für Diplom-PädagogInnen ein von vielen langersehnter Wunsch in Erfüllung geht, selbständig heilberuflich als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut tätig werden zu dürfen, scheint es wichtig, der „Faszination der Klinik“ (vgl. HÖRMANN/ NESTMANN 1984) und dem Sog von Therapeutisierung und Klinifizierung durch Reklamierung einer nicht am Defekt oder der Pathologie ansetzenden Krankenpädagogik zu widerstehen.

Selbstverständlich bedürfen entsprechende Maßnahmen der von erziehungswissenschaftlicher Seite noch unzureichend praktizierten Evaluation (vgl. LAASER/HURRELMANN/WOLTERS 1993<sup>9</sup>). Obwohl JERUSALEM/MITTAG (1994, S. 858) zu bedenken geben, daß sich etwa „die Entwicklung und Evaluation schulischer Gesundheitsprogramme im-



mer noch im Stadium der wissenschaftlichen Erprobung befinden“, wird gleichwohl eine Verbesserung der methodologischen Qualität dieser Evaluationsstudien während der letzten Jahre zugestanden. Besonders im Bereich der Sucht- und Drogenprävention oder zur Wirksamkeit sexualpädagogischer Programme liegen nicht nur statistisch-quantitative Metanalysen vor (vgl. TOBLER 1986, BANGERT-DROWNS 1988, RUNDALL/BRUVOLD 1988), sondern auch sorgfältig durchgeführte Studien zum Erfolg von Wissensvermittlung, Einstellungs- und Verhaltenseffekten (vgl. LEWERENZ 1991, EICHHOLZ u.a. 1993, HOLTZ u.a. 1988, 1991; HESSE 1993, LEPPIN/HURRELMANN/FREITAG 1994, DAMERIUS 1997). Angesichts der zumeist nach Alter, Geschlecht und Schultyp zu differenzierenden Überlegenheit von Wissensvermittlung ist Gesundheitswissen zwar eine notwendige, aber keinesfalls hinreichende Bedingung zur Veränderung gesundheitsbezogener Einstellungen und zur Entwicklung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen.

Die beste Voraussetzung für eine erfolgreiche Intervention liefern Programme, die einen übergreifenden Ansatz verfolgen: allgemeine Persönlichkeitsförderung in sozialer, kognitiver und emotionaler Hinsicht, Berücksichtigung des Lebenskontextes von Jugendlichen; integrative Maßnahmen im Hinblick auf Wissen, Einstellungen und Verhalten mit handlungsorientiertem Schwerpunkt; Peers als Programmvermittler und regelmäßige „booster sessions“. (JERUSALEM/MITTAG 1994, S. 865)

Neben der Einbeziehung von Krankenpädagogik unterscheidet sich Gesundheitspädagogik von einer als Erfüllungsgehilfen der Medizin titulierten Medicopädagogik oder „Psychoedukation“ (vgl. HORNING/KIESERG 1996, HORNING 1998) als Information über Medikamentenwirkung und Befolgung ärztlicher Anweisungen (Compliance) durch Reflexion von Zielen und Inhalten gesundheitlicher Thematiken. Gegenüber einem Verständnis von Gesundheitspädagogik, welches diese auf eine Didaktik im engeren Sinne als einem Arsenal wirksamer Techniken und Methoden zur Vermittlung medizinischer Inhalte beschränkt oder die vorrangige Orientierung auf Prävention und Effektivierung in den methodischen Verfahren richtet (vgl. LAASER/HURRELMANN/WOLTERS 1993), werden Ziele und Aufgaben gesundheitlicher Arbeit zwar im interdisziplinären Dialog, aber keineswegs ohne eigenständige Reflexion diskutiert. So sind etwa in Fragen der Perinatalmedizin, der In-vitro-Fertilisation, der Anti-Cholesterin-Kampagnen oder Impfpropaganda auch kontroverse Standpunkte diskussionsbedürftig. Hier ist erziehungswissenschaftliche Reflexion ebenso unabdingbar (vgl. LENZEN 1991) wie die Einbeziehung des ethischen Diskurses. So erfordert beispielsweise eine gesundheitspädagogische Diskussion von Ernährungsgewohnheiten neben der bereits medizinisch teils kontroversen Zieldimension zu gesundem Verhalten, z.B. in der Cholesterinkontroverse (vgl. BORGERS 1993), der Diskussion um die Gesundheit von Vegetariern bzw. der Problematik des Fleischkonsums, die Berücksichtigung ethischer und politischer Aspekte (etwa in der Kritik an Methoden industrialisierter Massentierhaltung). Eine eigenständige Auseinandersetzung ist etwa erforderlich in der Stellungnahme zu Präventionsmaßnahmen, z.B. bei Impfprogrammen – unabhängig von der allgemeinen Diskussion um Impfungen (vgl. COULTER 1993, DELARUE 1993, DELARUE/DELARUE 1998) –, bei der Propagierung einer Hepatitis B-Impfung für alle Kinder und Jugendliche als öffentlich empfohlener Schutzimpfung mit einer Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen (vgl. STIKO 1995 und die Kritik an einer nimmermüden „Impflobby“ sowie der Kosten-Nutzen-Relation, z.B. Deutsches Ärzteblatt 1966, S. C-1361) oder gar der unter pädagogischen Aspekten bislang gänzlich vernachlässigten Betrachtung von Kinderlosigkeit als Krankheit im bundesdeutschen Krankenversicherungsrecht (vgl. Fertilisationsmaßnahmen unter „Kosten

der Krankenbehandlung im SGB V, § 27 a). Wenn Pädagogik hier gegenüber der vorrangig an den Elterninteressen interessierten Sichtweise und Parteinahme (vgl. BRÄHLER/GOLDSCHMIDT 1998) die zumeist gänzlich vernachlässigte Perspektive als Anwalt des Kindes, wie sie etwa in dem seit 1.7.1998 geltenden Kindschaftsrecht mit der Einrichtung eines Verfahrenspflegers vorgesehen ist, zumindest ansatzweise reklamiert und etwa den überwertigen Kinderwunsch problematisiert, demzufolge erst Kinder der Ehe einen Sinn zu geben vermögen, muß sich eine solche advokatorische Funktion durchaus eigener disziplinspezifischer Befangenheiten und fragwürdiger Hypothesen bewußt sein. Es braucht hier nicht nur an problematische Traditionen erinnert zu werden, wie sie sich in reformpädagogischen Äußerungen von Verfechtern eines Jahrhunderts des Kindes oder Vertretern einer „Pädagogik vom Kinde aus“ finden (vgl. BERG 1992; KEIM 1995, S. 47-54): schließlich waren diese teilweise nicht weit davon entfernt, Menschenerziehung eher im Sinne von Menschenzüchtung zu denken, so daß die technisch fortgeschritteneren Möglichkeiten von Gentechnik und In-Vitro-Fertilisation nur die Umsetzung der pädagogischen Allmachtsphantasien ermöglichen. Sicherlich wäre es einseitig, der in entwickelten Industrieländern forcierten Reproduktionsmedizin – angesichts eines weltweiten Übervölkerungsdruckes und epidemischer Verelendungstrends, wodurch Kindern und Jugendlichen elementare Rechte vorenthalten werden und sie in großem Umfang physischer Vernichtung und struktureller Gewalt ausgesetzt sind –, nur die Durchsetzung eines medizinisch-industriellen Komplexes oder gar die Durchsetzung bevölkerungs- bzw. – noch vordergründiger – rentenpolitischer Motive vorzuwerfen, ohne zu verhehlen, daß sich im Gefolge dieser Technologien eine Ausweitung pädagogischer Arbeitsgebiete und Ambitionen eröffnen kann. Denn schließlich ist auch nicht zu erkennen, daß psychosoziale Berufsgruppen nicht nur partielle Gewinner gesellschaftlicher Individualisierungsprozesse sind, wie es sich in der Ausweitung von Tätigkeitsfeldern von Psychotherapie und Jugendhilfe (z.B. Scheidungsberatung, Sorgerechtsregelungen) zeigt, sondern nicht zuletzt auch Trittbrettfahrer des medizinischen Fortschritts (vgl. KRÄMER 1993) sind, wie die vielfältigen Ausweitungen entsprechender Arbeitsfelder im Umfeld chronischer Krankheiten (z.B. bei Stoffwechsel- und Nierenkrankheiten) oder der Vorbereitung (Aufklärung, Information, Patientenschulung) und Begleitung innovativer Techniken (etwa bei der Reproduktionsmedizin) belegen. Folglich ist die Propagierung von Prävention als preisgünstigere Alternative gegenüber der kostspieligeren Kuration ebenso oberflächlich wie das Argument, daß letztlich Prävention die erfolgreichere Strategie gegenüber einer ineffizienten Medizin sei. Abgesehen von einigen unstrittigen Beispielen der alternativlosen Überlegenheit und kostengünstigeren Alternative von Prävention (etwa bei AIDS) werden letztlich die Menschen nicht wegen der Mißerfolge, sondern wegen der Erfolge der hochtechnisierten Medizin (etwa bei chronischer Niereninsuffizienz, Organtransplantationen, Behandlung bisher unheilbarer Krankheiten im frühen Lebensalter etc.) immer kränker. Daher ist es unausweichlich, nicht nur die Wirkungen von Gesundheitspädagogik, also das Wie, Warum, Wodurch einer empirischen Überprüfung auszusetzen, sondern auch die gesellschaftliche Funktion des Gesundheitsmotivs und gesellschaftlicher bzw. wissenschaftsdisziplinärer Interessengruppen zu reflektieren. Trotz der Bedeutsamkeit von Gesundheitsförderung ist letztlich vor einem grassierenden „Gesundheitskult“ zu warnen, in dessen Gefolge eine zwar gutgemeinte, der pädagogischen Selbstkritik jedoch entbehrende Gesundheitserziehung lediglich einem törichten „Gesundheitsfanatismus“ Vorschub leistet (vgl. HÖRMANN 1992).

## 11 Gesundheitspädagogik als Lehr- und Forschungsgebiet

Gesundheitspädagogik existiert bislang einerseits als programmatische Forderung, welche durch Konzepte wie Gesundheitsaufklärung, -unterricht/-lehre, -pflege, -erziehung, -bildung, -beratung und -förderung spezifiziert und untergliedert wird (vgl. HÖRMANN 1988a, HAUG 1991). Im institutionellen Sektor gibt es in der Bundesrepublik Deutschland andererseits eine Vielzahl von Einrichtungen zur Gesundheitsaufklärung, Gesundheitserziehung und Gesundheitspflege sowohl auf Bundes- als auch Landesebene,<sup>10</sup> ergänzt um Aktivitäten im kommunalen Bereich<sup>11</sup>. Obwohl der Gesundheitspädagogik im schulischen Bereich eine bedeutsame Rolle zuerkannt wird (vgl. HESSE/HURRELMANN 1991), ist ein Fach Gesundheitspädagogik an allgemeinbildenden Schulen bislang nicht als eigenes Fach etabliert (vgl. JÜDES/JUTZKI/ROHDE 1987), vielmehr wird Gesundheitserziehung als fächerübergreifendes Prinzip verstanden (vgl. KMK 1992). In ausgeprägtester Form finden sich gesundheitspädagogische Inhalte oder Elemente in den traditionellen Fächern Biologie und Sport<sup>12</sup> Ernährung und Hauswirtschaft, Sach- und Sozialkunde (vgl. ARNOLD/LANG 1986, ARNOLD/FINN/LANG 1986), vereinzelt auch in naturwissenschaftlichen Fächern wie Physik (z.B. am Beispiel Elektromagnetismus – vgl. PFLUG 1996 – oder solarer Strahlung – vgl. MÜLLER 1996) und weiteren Fächern (vgl. MAASS 1992) wieder.

Auch an Hochschulen wurde Gesundheitspädagogik bislang häufig als Anhängsel eines Faches gelehrt, lange Zeit hauptsächlich als Teil der Biologie<sup>13</sup>, in neuerer Zeit reklamiert besonders der Sport gesundheitspädagogische Möglichkeiten.<sup>14</sup> Gegenüber eher disziplinierten Akzentuierungen der Gesundheitsthematik existiert neben einem Studiengang/-fach „Gesundheitswissenschaften“<sup>15</sup> am Oberstufenkolleg Bielefeld mit der Entwicklung curricularer Bausteine, Materialien<sup>16</sup> und Denkweisen (vgl. GÖPEL/GÜNTHER-BOEMKE/SCHNEIDER 1992) im Gefolge des seit 1989 an der Universität Bielefeld etablierten Zusatzstudiengangs „Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung“, welcher die in den USA und anderen Ländern vergleichbaren Ausbildungsgänge an Schools of Public Health auch im deutschen Bereich eingeführt hat und einer dort inzwischen eigenständig etablierten Fakultät für Gesundheitswissenschaft eine Vielzahl verwandter Postgraduierten-Studiengänge (vgl. KÄLBLE/TROSCHKE 1997, 1998).

Verglichen mit den vielfältigen Aktivitäten, den Trend zur Gesundheit nicht nur für Ausbildung und Lehre, sondern auch außerschulische Initiativen und die Erwachsenenbildung/Weiterbildung bzw. Sozialarbeit/Sozialbildung zu nutzen,<sup>17</sup> sind ausgearbeitete pädagogische Konzepte, unabhängig von der historischen „Überbürdungsdebatte“ (STROSS 1995), für ein eigenes Unterrichtsfach bislang eher rudimentär. Dies ist um so überraschender, als besonders im Bereich der Berufsschulen in verschiedenen Schulformen die Fächer Gesundheitslehre oder Gesundheitserziehung seit langem existieren.<sup>18</sup> Die aus Prüfungs- und Studienordnungen ermittelbaren Inhalte spiegeln häufig jedoch eher zufällig ausgewählte Kapitel eines medizinischen Lehrplans wider als systematisch reflektierte und pädagogisch legitimierbare Curricula. Abgesehen von fehlendem hauptamtlichen Lehrpersonal – die Lehrkräfte an beruflichen Schulen, welche das Fach Gesundheitslehre unterrichten, rekrutierten sich zumeist aus Honorarkräften aus dem medizinischen Bereich – oder mangelnder Professionalisierung der Lehrertätigkeit in beruflichen Fachschulen des Gesundheitswesens (vgl. BALS 1990, WANNER 1993) werden auf Seiten der ausbildenden Hochschulen bis auf wenige allerdings im Zunehmen begriffene Ausnahmen kaum systematische Lehrangebote vermittelt. Nach einer neueren Übersicht der in-

zwischen expansiven Entwicklung entsprechender Studienangebote (vgl. KÄLBLE/TROSCHKE 1997, 1998) existieren neben grundständigen Studienangeboten Gesundheit (Hamburg), Gesundheitswissenschaften (Osnabrück), Gesundheitspädagogik (z.B. Bamberg<sup>19</sup>) bzw. Medizinpädagogik (Berlin, Halle-Wittenberg) im Lehramt an beruflichen Schulen Vollzeit-Ergänzungsstudiengänge Gesundheitspädagogik (z.B. Flensburg<sup>20</sup>) und Teilzeit-ergänzungsstudiengänge Gesundheitspädagogik (z.B. PH Heidelberg), Fernstudienangebote (z.B. FHS München) oder ein Wahlpflichtfach Gesundheitspädagogik etwa innerhalb des Diplom-Studiengangs Pädagogik (z.B. PH Freiburg<sup>21</sup>, Flensburg<sup>22</sup>). Daneben existieren eine Reihe von Modellstudiengängen nicht nur an Hochschulen (z.B. Flensburg<sup>23</sup>), sondern auch im Übergangsbereich von allgemeinbildender Schule zur Hochschule (etwa am Oberstufenkolleg Bielefeld, vgl. GÖPEL/GÜNTHER-BOEMKE/SCHNEIDER 1992). Neben Forschungsprojekten im überregionalen<sup>24</sup> oder länderspezifischen<sup>25</sup> Kontext existieren nicht zuletzt eine Vielzahl schulischer Projektverbünde, Initiativen<sup>26</sup> oder Netzwerk-Verbünde<sup>27</sup>.

## Anmerkungen

- 1 Zur Übersicht über „historisch-europäische Konzepte“ bzw. „Grundtypen“ gesundheitsbezogener Erziehung und Bildung im geschichtlichen Wandel“ vgl. HAUG 1991, S. 60ff.
- 2 Wenn HURRELMANN (vgl. 1995) FAUST als frühen Gewährsmann und als den genuinen Urahn der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld vorstellt, hätte die Kenntnis des historischen Umfeldes dem gesundheitswissenschaftlich ambitionierten Soziologen sicherlich helfen können, gegenüber landläufigen Verkürzungen dem nicht weniger bedeutsamen sozialmedizinischen Anliegen der Verhältnisprävention durch Berufung auf FRANK Rechnung zu tragen.
- 3 Der Begriff wird gebraucht, um eine Diskreditierung der in der ehemaligen DDR und jetzt wieder an der Humboldt-Universität Berlin und der Universität Halle-Wittenberg etablierten Studiengänge „Medizinpädagogik“ zu vermeiden (vgl. KÄLBLE/TROSCHKE 1998, S. 78, 84).
- 4 Neben dem Hinweis auf den zumeist unreflektierten Erziehungsbegriff gesundheitserzieherischer Theorien verzichtet STROSS (vgl. 1995, S. 169) deshalb auf den Terminus Gesundheitspädagogik gänzlich für den prä- und peridisziplinären Zeitraum der Erziehungswissenschaft. Eine eigenständige Sektion „Gesundheitspädagogik“ innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft ist durch die Etablierung einer entsprechenden Arbeitsgruppe seit 1996 vorgesehen.
- 5 „Wir müssen uns auch davor hüten, sportliche Gesundheit und Fitness als unverzichtbar für ein sinnvolles Leben anzusehen. Hat nicht derjenige unsere Achtung und sogar unsere Hochachtung verdient, der bei körperlichem Leiden wichtige Ideen entwickelt, künstlerisch gestaltet, dichtet oder etwas komponiert, an dem er sich selbst und mit dem er andere begeistern kann und damit auch gleichzeitig für Wohlbefinden sorgt?“ (HECKER 1987, S. 80).
- 6 BOPP (vgl. 1987, S. 63) weist übrigens zutreffend auf, daß der neue Kult um den Körper mitsamt seiner penetranten Gesundheitspflege durchaus asketischen Ritualen puritanischer Religionsgemeinschaften nahesteht.
- 7 Etwa Pädagogik 43(1991), H. 3, S. 5-35; Grundschule 25(1993), S. 8-47; Zeitschrift für Pädagogik 40(1994), S. 851-922; Pädagogik 48 ( 1996), H. 3, S. 5-33.
- 8 So lautet etwa das Spektrum ausgewählter Beiträge in dem Schwerpunktheft „Körper – Körperbewußtsein“ in: PÄD Forum 24/9(1996), S. 419-479.
- 9 Zur Wichtigkeit von Qualitätssicherung und Evaluation bei sportlicher Gesundheitsförderung sei etwa verwiesen auf BREHM/PAHMEIER/TIEMANN (vgl. 1997) oder bei der Evaluation von gesundheitswissenschaftlichen Postgraduiertenstudiengängen auf GENSCH/LÄNGE-SOPPA/SCHINDLER (vgl. 1996).
- 10 Zu erwähnen sind auf Bundesebene etwa die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Köln), Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege (Frankfurt/M.), Bundesvereinigung für Gesundheit (vor 1990: für Gesundheitserziehung) (Bonn); auf Länderebene existieren unterschiedliche Bezeichnungen für gesundheitserzieherische Einrichtungen, etwa Landeszentralen für Gesundheitserziehung in Bayern und Rheinland-Pfalz, Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung, Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung Baden-Württemberg, Hamburgische Landesvereinigung

- für Gesundheitserziehung, das Institut für Dokumentation und Information Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen (IDIS) in Nordrhein-Westfalen usw. Daneben haben sich auf privater Ebene eine Vielzahl von Verbänden, Einrichtungen und Institute der Förderung gesundheitspädagogischer Aktivitäten verschrieben, wie etwa die Gesellschaft für Gesundheitsberatung, der Verband unabhängiger Gesundheitsberater u.a.
- 11 Etwa das „Gesunde Städte“-Projekt der WHO, den Fortbildungskurs Gesundheitsförderung als Modellvorhaben zur Stärkung von gemeindeorientierten und kooperativen Ansätzen der Gesundheitsförderung seitens des Projekts Gesundheitsförderung der Universität Bielefeld im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
  - 12 Als Beispiele für den Bereich Sport seien die von der AOK unterstützten Aktivitäten der bundesweiten Aktion „Die fitte Schulklassen“ genannt, welche vom Lehrstuhl für Sportwissenschaft I der Universität Bayreuth im Verbund mit dem Bayerischen Kultusministerium und dem AOK-Bundesverband entwickelt wurde (vgl. den Beitrag in: Sportunterricht 40(1991), H. 1, Ständige Beilage „Lehrhilfen für den Sportunterricht“), sowie das Programm „Gesundheitserziehung in der Schule durch Sport“, welches unter der Regie von Kultusministerium sowie der AOK Nordrhein-Westfalen vom Landesinstitut für Schule und Weiterbildung in Soest ausgearbeitet und koordiniert wird (vgl. Kultusminister NRW 1987, Kultusminister NRW/AOK ... 1988, 1990). Zuweilen okkupiert der Sport Gesundheit als primäres Sinnprinzip (vgl. ALLMER/SCHULZ 1987, BALZ 1995, KÖSTER 1995, KOTTMANN/KÜPPER 1996).
  - 13 Vgl. etwa den Schwerpunkt Humanbiologie und Gesundheitserziehung am Institut für Biologie und ihre Didaktik an der Pädagogischen Hochschule Kiel und den Beitrag von SCHNEIDER/SCHMIDT-WELLER/KLEINFELDER 1989.
  - 14 Als Beispiele seien etwa Studiengangsentwürfe im Sport an den Universitäten Bielefeld, Münster oder Wuppertal genannt. Vgl. auch die Übersicht bei SCHWALFENBERG 1989.
  - 15 Informationen im Internet unter: <http://www.uni-bielefeld.de/OSK>
  - 16 Vgl. die Bände in der Reihe „Materialien des Oberstufenkollegs“.
  - 17 Einen Überblick über das Tätigkeitsfeld Gesundheitserziehung im Bereich der Erwachsenenbildung sowohl von öffentlich-rechtlichen Trägern als auch privatrechtlich organisierten Institutionen geben FLOTO/WUNDERLICH/HETTWER (vgl. 1989); zum Bereich Gesundheit in der Weiterbildung vgl. KODDENBERG/PAPENKORT 1997; zur Sozialarbeit/Sozialpädagogik vgl. HOMFELDT 1991, 1994; HOMFELDT/HÜNERSDORF 1998.
  - 18 Vgl. hierzu etwa die Lehrpläne der Fachschule für Familienpflege (Hrsg.: Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, München 1986) mit dem Fach Gesundheits- und Krankheitslehre, oder die gleichfalls vom Bayerischen Staatsministerium herausgegebenen Lehrpläne für die Fachakademie für Sozialpädagogik (München 1981) mit dem Fach „Biologie mit Gesundheitserziehung“. Diese Fächerbezeichnungen legen zweifellos einen umfassenderen gesundheitspädagogischen Anspruch nahe als die vom gleichen Ministerium herausgegebenen Lehrpläne für die Fachschule für Altenpflege oder der Fachschule für Heilerziehungspflege und Heilerziehungspflegehilfe, in denen aus dem weiten gesundheitspädagogischen Spektrum eine Begrenzung auf die Fächer „Krankheits- und Medikamentenlehre“ bzw. „Neurologie und Psychiatrie“ oder „Medizin“ und „Psychiatrie“ mit Akzentuierung auf Krankheitslehre erfolgt.
  - 19 Vgl. HÖRMANN 1991; KÄLBLE/TROSCHKE 1998, S. 75.
  - 20 Vgl. KÄLBLE/TROSCHKE 1998, S. 116, 134; Internet: <http://www.uni-flensburg.de>
  - 21 Vgl. SCHNEIDER/SCHMIDT-WELLER/KLEINFELDER 1989, S. 89-112.
  - 22 Vgl. BARKHOLZ/HOMFELDT 1994.
  - 23 Bildungswissenschaftliche Hochschule Flensburg – Universität (1996); BLK-Modellversuch „Gesundheitspädagogische Studiengänge an der Bildungswissenschaftlichen Hochschule Flensburg – Universität“.
  - 24 Z. B. Göttingen – Greifswald: vgl. KRAUSE/MÜLLER-BENEDICT 1997.
  - 25 Etwa in Bayern das vom Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung betreute Projekt „Didaktisch-methodische Optimierung der Erstausbildung in den Berufsfachschulen des Gesundheitswesens“ (Publikation in Planung).
  - 26 Etwa in Bayern das Programm „Die fitte Schulklassen“ (vgl. ZIESCHANG 1992), „Bewegte Grundschule“ (vgl. MEYER 1997), „Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen“, Wettbewerb „Gesunde Schule“ in Niedersachsen (vgl. die Beiträge in der Zeitschrift Beispiele 15(1997), S. 28-71), „Schule und Gesundheit – Ärzte und Lehrer für Prävention“ (vgl. BMG 1996).
  - 27 Vgl. z.B. HOMFELDT 1996, European Network ... 1997.

## Literatur

- ABELE, A./BECKER, P. (Hrsg.) (1991): Wohlbefinden. Theorie, Empirie, Diagnostik. – Weinheim.
- ALLMER, H./SCHULZ, N. (Hrsg.) (1987): Gesundheitserziehung. Wege und Irrwege. – Sankt Augustin (Brennpunkte der Sportwissenschaft 1987, Bd. 1).
- ANTONOVSKY, A. (1987): Unraveling the mystery of health. – London.
- ANTONOVSKY, A. (1993): Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: FRANKE, A./BRODA, M. (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit. – Tübingen, S. 3-14.
- ANTONOVSKY, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. – Tübingen.
- ARNOLD, K./LANG, E. (1986): Schule und Gesundheitserziehung. In: Pädagogische Rundschau, 40. Jg., S. 435-448.
- ARNOLD, K./FINN, A./LANG, E. (1986): Zur Lage der Gesundheitserziehung an den allgemeinbildenden Schulen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Pädagogische Rundschau, 40. Jg., S. 449-464.
- BANGERT-DROWNS, R. L. (1988): The effects of school-based substance abuse education – A meta-analysis. In: Journal of Drug Education, Vol. 18, p. 243-265.
- BALS, T. (1990): Professionalisierung des Lehrens im Berufsfeld Gesundheit. – Köln.
- BALZ, E. (1995): Gesundheitserziehung im Schulsport. Grundlagen und Möglichkeiten einer diätetischen Praxis. – Schorndorf.
- BARKHOLZ, U./HOMFELDT, H. G. (Hrsg.) (1994): Gesundheitsförderung im schulischen Alltag. – Weinheim.
- BAUDRILLARD, J. (1981): Der schönste Konsumgegenstand: Der Körper. In: GEHRKE, C. (Hrsg.): Ich habe einen Körper. – München, S. 93-128.
- BECKER, P. (1992): Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung – Anforderungen an allgemeine Modelle von Gesundheit und Krankheit. In: PAULUS, P. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. – Köln, S. 91-107.
- BERG, C. (1992): Reformpädagogik im Zwielficht. Aus den Abgründen der Ratgeberliteratur. In: Neue Sammlung, 32. Jg., S. 459-472.
- BMBF 1997 = Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie (1997): Gesundheit und allgemeine Weiterbildung. Beitrag zu einer neuen Perspektive der Gesundheitsförderung. – Bonn.
- BMG 1996 = Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (1996): Abschlußbericht zum Modellprojekt „Schule und Gesundheit - Ärzte und Lehrer für Prävention“. – Bonn.
- BOOS u.a. 1998 = BOOS, C./WULFF, P./KUJATH, P./BUCH, H. P. (1998): Medikamentenmißbrauch beim Freizeitsportler im Fitneßbereich. In: Deutsches Ärzteblatt, 95. Jg., S. C-708-712.
- BOPP, J. (1987): Die Tyrannei des Körpers. In: Kursbuch 88. – Berlin, S. 49-66.
- BORGERS, D. (1993): Cholesterin. Das Scheitern eines Dogmas. – Berlin.
- BORGERS, D. (1997): Bauchtanz der Prävention. In: Dr. med. Mabuse, 22. Jg., Nr. 105, S. 38f.
- BOURDIEU, P. (1982): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. – Frankfurt/M.
- BRÄHLER, E./GOLDSCHMIDT, S. (Hrsg.) (1998): Psychosoziale Aspekte von Fruchtbarkeitsstörungen. – Bern.
- BREHM, W./PAHMEIER, I./TIEMANN, M. (1997): Gesundheitsförderung durch sportliche Aktivierung: Qualitätsmerkmale, Programme, Qualitätssicherung. In: Sportwissenschaft, 27. Jg., S. 38-59.
- BRÖSKAMP, U./GÖPEL, E. (Hrsg.) (1991): Gesundheitsförderung in und mit Schulen. – Bielefeld.
- Bundesausschuß der Länderarbeitsgemeinschaften der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe (1997): Bildung und Pflege. – Stuttgart.
- CLADE, H. (1998): Tuberkulose/Epidemiologie. Keine Entwarnung. In: Deutsches Ärzteblatt, 95. Jg., S. C-114f.
- COULTER, H. L. (1993): Impfungen – der Großangriff auf Gehirn und Seele. – München.
- DAMERIUS, M. (1997): Zwischenbilanz eines Greifswalder Schulversuchs zur ganzheitlichen Gesundheitserziehung. In: Pädagogik und Schulalltag, 52. Jg., S. 404-413.
- DELARUE, F./DELARUE, S. (1998): Impfungen – der unglaubliche Irrtum. – München.
- DELARUE, S. (1993) Impfschutz – Irrtum oder Lüge? – München.
- DLUGOSCH, G. E. (1994): Modelle in der Gesundheitspsychologie, Gesundheitsberatung. In: SCHWENK-MEZGER, P./SCHMIDT, L. R. (Hrsg.): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. – Stuttgart, S. 101-117; S. 222-233.

- EICHHOLZ u.a. 1993 = EICHHOLZ, C./NIEHAMMER, U./WENDT, B./LOHAUS, A. (1993): Entwicklung und Evaluation eines Medienpaketes zur Sexualerziehung im Jugendalter. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 1. Jg., S. 143-157.
- ENGEL, U./HURRELMANN, K. (1989): Psychosoziale Belastungen im Jugendalter. – Berlin.
- ENGEL, U./HURRELMANN, K. (1993): Was Jugendliche wagen. Eine Längsschnittstudie über Drogenkonsum, Streßreaktionen und Delinquenz im Jugendalter. – Weinheim.
- European Network of Health Promoting Schools (1997): European network of health promoting schools. – Copenhagen.
- FALTERMAIER, T. (1994): Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. – Weinheim.
- FALTERMAIER, T./KÜHNLEIN, I./BURDA-VIERIG, M. (1998): Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung. – Weinheim.
- FAUST, B. C. (1974): Gesundheits-Katechismus zum Gebrauch in den Schulen und beym häuslichen Unterrichte. – Bückeburg (Reprint Stuttgart 1976).
- FLICK, U. (Hrsg.) (1990): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. – Heidelberg.
- FLICK, U. (1997): Gesundheitsvorstellungen im Alltag. In: WEITKUNAT R./HAISCH, M./KESSLER, M. (Hrsg.): Public Health und Gesundheitspsychologie. – Bern, S. 191-202.
- FLOTO, C./WUNDERLICH, K./HETTWER, H. (1989): Tätigkeitsfeld Gesundheitserziehung. – Frankfurt/M.
- FRANK, J. P. (1790): Akademische Rede vom Volkseid als der Mutter der Krankheiten (Pavia 1790). Hrsg. v. E. LESKY. – Leipzig 1960.
- FRANZKOWIAK, P./SABO, P. (Hrsg.) (1993): Dokumente der Gesundheitsförderung. – Mainz.
- GABLER-SANDBERGER, E. (1998): Tuberkulose: WHO spricht von globaler Notfallsituation. In: Deutsches Ärzteblatt, 95. Jg., S. C-1306f.
- GENSCH, S. (1995): Die neuen Pflegestudiengänge in Deutschland. Pflegewissenschaft – Pflegemanagement – Pflegepädagogik. – München.
- GENSCH, S./LÄNGE-SOPPA, R./SCHINDLER, G. (1996): Evaluierung des Zusatz- und Ergänzungsstudiums „Öffentliche Gesundheit und Epidemiologie“ an der Universität München. – München.
- GLÖCKNER, H. (Hrsg.) (1998): Ein starkes Gefühl! Suchtprävention durch Sexualerziehung in der Grundschule. – Würzburg.
- GÖPEL, E./SCHNEIDER-WOHLFAHRT, U. (Hrsg.) (1995): Provokationen zur Gesundheit. – Frankfurt/M.
- GÖPEL, E./GÜNTHER-BOEMKE, G./SCHNEIDER, A. (1992): Der Studiengang Gesundheitswissenschaften am Oberstufen-Kolleg. – Bielefeld.
- HAUG, C. V. (1991): Gesundheitsbildung im Wandel. – Bad Heilbrunn.
- HECKER, G. (1987): Sport und Gesundheit. Reflexionen zu gesundem Sporttreiben. In: ALLMER, H./SCHULZ, N. (Hrsg.): Gesundheitserziehung. Wege und Irrwege. – Sankt Augustin, S. 67-81.
- HENKELMANN, T./KARPF, D. (1983): Gesundheitserziehung – gestern und heute. Stuttgart.
- HESSE, S. (1993): Suchtprävention in der Schule. – Opladen.
- HESSE, S./HURRELMANN, K. (1991): Gesundheitserziehung in der Schule. Ein Überblick über inländische und ausländische Konzepte und Programme. In: Prävention, 14. Jg., H. 2, S. 50-57.
- HÖRMANN, G. (1986): Perspektiven der Gesundheitserziehung. In: Pädagogische Rundschau, 40. Jg., S. 465-486.
- HÖRMANN, G. (1987a): Laienkonzepte von Gesundheit und Krankheit. In: LAASER, U./SASSEN, G./MURZA, G./SABO, P. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitserziehung. – Berlin, S. 21-33.
- HÖRMANN, G. (1987b): Die heile Welt des Heilens – Alternative Therapien auf Abwegen? In: Gesundheitswissenschaften. Beiträge zur Diskussion. – Bielefeld (Materialien des Oberstufen-Kollegs), S. 35-57.
- HÖRMANN, G. (1988a): Gesundheit – ein Gegenstand der Beratung und Bildung. In: LEUTERITZ, A./WEISBACH, C. R. (Hrsg.): Konkrete Pädagogik. – Tübingen, S. 89-102.
- HÖRMANN, G. (1988b): Gesundheitsarbeit als pädagogische Innovation? In: BUDDRUS, V./SÜNKER, H./ZYGOWSKI, H. (Hrsg.): Die Zukunft pädagogisch gestalten. Beiträge zu einer pädagogischen Innovationsforschung. – Bielefeld, S. 139-155.
- HÖRMANN, G. (1991): Gesundheitspädagogik in der Ausbildung von BerufsschullehrerInnen. In: BRÖSKAMP, U./GÖPEL, E. (Hrsg.): Gesundheitsförderung in und mit Schulen. – Bielefeld, S. 26-34.
- HÖRMANN, G. (1992): Erziehung zur Gesundheit - Kult oder Kultur? In: MAASS, H. (Hrsg.): Gesundheitsthemen im Fachunterricht. Beiträge zur Gesundheitsförderung aus Wissenschaft und Praxis. – Bielefeld, S. 104-116.

- Hörmann, G. (1994a): Europäische Gesundheitspädagogik am Beispiel von Konzepten zur Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten. In: SCHLEICHER, K./BOS, W. (Hrsg.): Realisierung der Bildung in Europa. – Darmstadt, S. 239-257.
- HÖRMANN, G. (1994b): Schmerzbewältigung bei chronischer Krankheit und Behinderung. In: SEELBACH, H./KUGLER, J./NEUMANN, W. (Hrsg.): Rheuma, Schmerz, Psyche. – Bern, S. 165-182.
- HÖRMANN, G. (1996): Gesundheitsförderung in Europa. In: BRENN, H./MUSSAK, K./PRANTNER, N./RIEDER, A. (Hrsg.): Brücken bauen in einem gemeinsamen Europa. – Stams, S. 288-293.
- HÖRMANN, G. (1997a): Von der Gesundheitsaufklärung zur Gesundheitsförderung. In: SEELBACH, H./KUGLER, J./NEUMANN, W. (Hrsg.) (1997): Von der Krankheit zur Gesundheit. – Bern, S. 73-86.
- HÖRMANN, G. (1997b): Zur Funktion der Sozialarbeit im Gesundheitswesen. In: HOMFELDT, H. G./HÜNERSDORF, B. (Hrsg.): Soziale Arbeit und Gesundheit. – Neuwied, S. 11-27.
- HÖRMANN, G./LANGER, K. (1988): Lebensqualität und die Paradoxie des Gesundheitssystems – Zur Einführung eines bislang vernachlässigten therapeutischen Prinzips am Beispiel chronisch nierenkranker Patienten. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 64. Jg., S. 1129-1133.
- HÖRMANN, G./LANGER, K. (1991): Psychosomatische Störungen. In: HÖRMANN, G./KÖRNER, W. (Hrsg.): Klinische Psychologie – Ein kritisches Handbuch. – Reinbek, S. 302-330.
- HÖRMANN, G./NESTMANN, F. (1984): Die Faszination der Klinik - Zu Professionalisierungsaspekten von Psychologen (Neun Thesen). In: Psychologie und Gesellschaftskritik, 8. Jg., H. 4, S. 102-111.
- HÖRMANN, G./NESTMANN, F. (Hrsg.) (1988): Handbuch der psychosozialen Intervention. Opladen.
- HOLTZ u.a. 1988 = HOLTZ, H./HEINRICH, J./KNAPPE, J./GRÄFNER, L./HAHN, W./DÜCK, K. D./RICHARD, F. (1988): Ergebnisse einer zweijährigen Intervention zur Beeinflussung von Arterioskleroseprävention bei Schulkindern. In: Sozial- und Präventivmedizin, 33. Jg., S. 241-244.
- HOLTZ u.a. 1991 = HOLTZ, H./HEINRICH, J./GRÄFNER, L./LIEBRENZ, A./BRÜCKMANN, J./DÜCK, K. D./HAHN, W./RICHARD, F./KASSEL, I./BISCHOFF, K. H./GOLDMANN, N. U. (1991): Präventive Kardiologie: Ergebnisse der Erfurter Interventionsstudie bei Schulkindern. In: Zeitschrift für Klinische Medizin, 46. Jg., S. 267-269.
- HOMFELDT, H. G. (Hrsg.) (1991): Erziehung und Gesundheit. – Weinheim.
- HOMFELDT, H. G. (Hrsg.) (1994): Anleitungsbuch zur Gesundheitsbildung. – Baltmannsweiler.
- HOMFELDT, H. G. (1996): Das Weiterbildungsnetzwerk Eurosozial für die Grossregion: Lothringen, Luxemburg, Rheinland-Pfalz, Saarland und Wallonische Region. In: Gesundheits-Informations-Dienst, S. 9-12.
- HOMFELDT, H. G./HÜNERSDORF, B. (Hrsg.) (1997): Soziale Arbeit und Gesundheit. – Neuwied.
- HORNUNG, P. (1998) Psychoedukation und Psychopharmakatherapie. – Stuttgart.
- HORNUNG, P./KIESERG, A. (1996): Psychoedukatives Training bei schizophrenen Patienten (PTS). – Tübingen.
- HUFELAND, C. W. (1979): Makrobiotik oder die Kunst, das menschliche Leben zu verändern. – Reprint: Frankfurt/M. 1988.
- HURRELMANN, K. (1991): Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. – Weinheim.
- HURRELMANN, K. (1995): Was sind die Gesundheitswissenschaften? In: Westfälisches Ärzteblatt, H. 3, S. 18-20.
- HURRELMANN K./BRÜNDEL H. (1997): Drogengebrauch – Drogenmißbrauch. Eine Gratwanderung zwischen Genuß und Abhängigkeit. – Darmstadt.
- HURRELMANN, K./LAASER, U. (Hrsg.) (1993): Gesundheitswissenschaften. – Weinheim.
- JERUSALEM, M./MITTAG, W. (1994): Gesundheitserziehung in Schule und Unterricht. In: Zeitschrift für Pädagogik, 40. Jg., S. 851-869.
- JÜDES, U./JUTZI, K. G./ROHDE, R. (1987): Lehrplananalyse Gesundheitserziehung. – Kiel.
- KÄLBLE, K./TROSCKE, J. v. (Hrsg.) (1997): Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitswissenschaften/ Public Health. – Freiburg.
- KÄLBLE, K./TROSCKE, J. v. (Hrsg.) (1995): Studienführer Gesundheitswissenschaften. Freiburg.
- KARSDORF, G. (Hrsg.) (1988): Gesundheitserziehung im Schulalter. – Berlin.
- KEIM, W. (1995): Erziehung unter der Nazi-Diktatur. – Darmstadt.
- KIRSCHNER, W./RADOSCHESKI, M./KIRSCHNER, R. (1995): § 20 SGB V Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. – St. Augustin.
- KLEIN, G. (1986): Bestandsaufnahme und Entwicklung von Perspektiven für die Zukunft im Bereich der Gesundheitserziehung. – Köln.



- KMK 1992 = Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (1992): Zur Situation der Gesundheitserziehung in der Schule. – Bonn.
- KNÖRZER, W. (Hrsg.) (1994): Ganzheitliche Gesundheitsbildung in Theorie und Praxis. – Heidelberg.
- KODDENBERG, K. (1996): Gesundheit – neues Paradigma für die Erwachsenenbildung? In: Erwachsenenbildung, 42. Jg., S. 195-196.
- KODDENBERG, K./PAPENKORT, U. (Hrsg.) (1997): Gesundheit in der Weiterbildung. Erkenntnisse, Erfahrungen und Empfehlungen zur Gesundheitsbildung. – Würzburg.
- KÖSTER, R. (1995): Das Konzept „Gesundheitserziehung in der Schule durch Sport“ in Nordrhein-Westfalen. Ein Beispiel für die pädagogische Neubestimmung im Schulsport – auch und gerade in der gymnasialen Oberstufe. In: Haltung und Bewegung, 15. Jg., S. 13-21.
- KOHLMEIER u.a. 1993 = KOHLMEIER, L./KROKE, A./PÖTZSCH, J./KOHLMEIER, M./MARTIN, K. (1993): Ernährungsabhängige Krankheiten und ihre Kosten. – Baden-Baden (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 27).
- KOLIP, P. (1997): Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter. – Opladen.
- KOLIP, P./HURRELMANN, K./SCHNABEL, P.-E. (Hrsg.) (1995): Jugend und Gesundheit. Interventionsfelder und Präventionsbereiche. – Weinheim.
- KOTTMANN, L./KÜPPER, D. (Hrsg.) (1996): Gesundheitserziehung. Gewohnheiten, Einstellungen, Kompetenzen entwickeln. – Baltmannsweiler.
- KRÄMER, W. (1993): Wir kurieren uns zu Tode. – Frankfurt/M.
- KRAUSE, C./MÜLLER-BENEDICT, V. (1997): Ergebnisse und Probleme qualitativer Datenanalysen im Kontext eines Programmes zur Gesundheitsförderung. In: Empirische Pädagogik, 11. Jg., H. 1, S. 31-61.
- KRIMMEL, L. (1998): Individuelle Gesundheitsleistungen: Mit dem „IGEL“ aus der Grauzone. In: Deutsches Ärzteblatt, 95. Jg., S. C-445-448.
- KRÜGER, H./RABE-KLEBERG, U./MISCHO-KELLING, M. (1993): Pflegewissenschaft als berufliche Bildung: Ein Weg aus der Sackgasse. – Bremen.
- KÜHN, H. (1993): Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U. S. A. – Berlin.
- Kultusminister des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1987): Gesundheitserziehung in der Schule durch Sport. – Frechen.
- Kultusminister des Landes Nordrhein-Westfalen/AOK in Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1988/1990): Gesundheitserziehung in der Schule durch Sport. Handreichung für die Primarstufe. bzw. Sekundarstufe I. – Bonn.
- LAASER, U./HURRELMANN, K./WOLTERS, P. (1993): Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In: HURRELMANN, K./LAASER, U. (Hrsg.) (1993): Gesundheitswissenschaften. – Weinheim, S. 176-203.
- LABISCH, A. (1984): Die Wiederaneignung der Gesundheit. Zur sozialen Funktion des Gesundheitsbegriffs. In: Argument, Sonderbd. 113. – Berlin, S. 13-32.
- LANGBEIN, K./SKALNIK, C. (1998): Viagra. Neue Potenz für Männer – mehr Lust für Frauen? – Köln.
- LENZEN, D. (1991): Krankheit als Erfindung. – Frankfurt/M.
- LENZEN, D. (1996): Gesundheit und Krankheit als kulturelle Erfindungen. In: GesundheitsAkademie Bremen/Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW (Hrsg.): Neue Provokationen zur Gesundheit. – Frankfurt/M., S. 91-108 (gekürzter Wiederabdruck: Die priesterliche Funktion des medizinischen Gewerbes. In: Dr. med. Mabase 22(1997), Nr. 105, S. 45-51).
- LEPPIN, A./HURRELMANN, K./FREITAG, M. (1994): Schulische Gesundheitsförderung im Kontext von Klassenklima und sozialem Rückhalt durch die Lehrer. In: Zeitschrift für Pädagogik, 40. Jg., S. 871-889.
- LEWERENZ, J. (1991): Modellvorhaben Gesundheitserziehung Hamburger Schüler. – Hamburg.
- LÖLLGEN, H. (1998): Doping und Medikamentenmißbrauch im Sport. Eine Geschichte ohne Ende? In: Deutsches Ärzteblatt, 95. Jg., S. C-706-708.
- LOHAUS, A. (1993): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Kindes- und Jugendalter. – Göttingen.
- LOHAUS, A./LARISCH, H. (1994): Zum Kenntnisstand von Jugendlichen über gesundheitliche Beratungsangebote. In: Zeitschrift für Pädagogik, 40. Jg., S. 891-906.
- MAASS, H. (Hrsg.) (1992): Gesundheitsthemen im Fachunterricht. Beiträge zur Gesundheitsförderung aus Wissenschaft und Praxis. – Bielefeld.
- MCKEOWN, T. (1982): Die Bedeutung der Medizin. – Frankfurt/M.

- MEYER, G. (1997): Bewegung macht fit: Zum Projekt „Bewegte Grundschule“. In: Schulverwaltung, Ausgabe Bayern, 20. Jg., S. 102-106.
- MICHEL, H. P. (Hrsg.) (1996): Chronisch kranke Kinder und Jugendliche. – Tübingen.
- MÜLLER, W. (1992): Skeptische Sexualpädagogik. – Weinheim.
- MÜLLER, W. (1996): Die solare Strahlung. In: Naturwissenschaften im Unterricht. Physik, 7. Jg., S. 29-34.
- NESTMANN, F. (1988): Die alltäglichen Helfer. – Berlin.
- NESTMANN, F. (Hrsg.) (1994): Social network and social support in childhood and adolescence. – Berlin.
- NORDLOHNE, E. (1992): Die Kosten jugendlicher Problembewältigung. Alkohol-, Zigaretten- und Arzneimittelskonsum im Jugendalter. – Weinheim.
- OBERENDER, P. (1987): Ökonomie der Gesundheitserziehung – grundsätzliche Bemerkungen zur Gesundheitserziehung. In: Öffentliches Gesundheitswesen, 49. Jg., S. 517-521.
- PAULUS, P. (Hrsg.) (1992): Prävention und Gesundheitsförderung. – Köln.
- PETERMANN, F. (1992): Patientenschulung. – München.
- PETERMANN, F. (1993): Asthma-Verhaltenstraining mit Kindern und Jugendlichen (AVT). – München.
- PETERMANN, F. (1994): Chronische Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen. – Berlin.
- PETERMANN, F. (1996a): TYP-I-Diabetiker in Beruf und Alltag. – München.
- PETERMANN, F. (1996b): Lebensqualität und chronische Krankheit. – München.
- PETERMANN, F. (Hrsg.) (1997a) Rehabilitation: Ein Lehrbuch zur Verhaltensmedizin. – Göttingen.
- PETERMANN, F. (Hrsg.) (1997b): Patientenschulung und Patientenberatung. – Göttingen.
- PFLUG, A. (1996): Sind elektromagnetische Felder gesundheitsschädlich? Überlegungen zur Physik und Physiologie ihrer Wirkungen auf den menschlichen Organismus. In: Naturwissenschaften im Unterricht. Physik, 7. Jg., S. 11-14.
- PFÄFF, G./JAKOB, A./PÖTSCHKE-LANGER, M. (1992): Gesundheitsförderung in Schulen – Ergebnisse einer Umfrage. – Bonn.
- PRIEBE, B./ISRAEL, G./HURRELMANN, K. (Hrsg.) (1993): Gesunde Schule. Gesundheitserziehung Gesundheitsförderung Schulentwicklung. – Weinheim.
- ROBERTZ-GROSSMANN, B./PRÜMEL-PHILIPPSEN, U. (1996): „Prävention“ statt „Gesundheitsförderung“ – Verkehrtwendung der Gesundheitspolitik? In: PÄD Forum, 24/9. Jg., S. 342-348.
- RUNDALL, T. G./BRUVOLD, W. H. (1988): A meta-analysis of school-based smoking and alcohol use prevention programs. In: Health Education Quarterly, Vol. 15, p. 317-334.
- SCHABACKER, M. E. (1980): Gesundheitserziehung für die Praxis. – Stuttgart.
- SCHAEFFER, H. (1993): Gesundheitswissenschaft. – Heidelberg.
- SCHAEFFER, D./MOERS, M./ROSENBRUCK, R. (Hrsg.) (1994): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. – Berlin.
- SCHIPPERGES u.a. 1988 = SCHIPPERGES, H./VESCOVI, G./GEUE, B./SCHLEMMER, J. (1988): Die Regelkreise der Lebensführung. – Köln.
- SCHNEIDER, V. (1993): Entwicklungen, Konzepte und Aufgaben schulischer Gesundheitsförderung – vom Konzept der Risikofaktoren zum Konzept zur Förderung von Gesundheitsfaktoren. In: PRIEBE, B./ISRAEL, G./HURRELMANN, K. (Hrsg.): Gesunde Schule. Gesundheitserziehung Gesundheitsförderung Schulentwicklung. – Weinheim, S. 39-72.
- SCHNEIDER, V./SCHMIDT-WELLER, R./KLEINFELDER, E. (1989): Gesundheitspädagogik an der PH Freiburg. In: FRIEDRICH, W. (Hrsg.) (1989): Gesundheitswissenschaften: Wie lehrt und lernt man Gesundheit? – Bielefeld (Materialien des Oberstufen-Kollegs), S. 89-112.
- SCHUH, H./HANSEN, F. (1998): Doping für Tisch und Bett. In: Die Zeit, Nr. 37 vom 3.9.1998, S. 35f.
- SCHWALFENBERG, G. (1989): Erwachsenenbezogene Umwelt- und Gesundheitsbildung. In: FRIEDRICH, W. (Hrsg.) (1989): Gesundheitswissenschaften: Wie lehrt und lernt man Gesundheit? – Bielefeld (Materialien des Oberstufen-Kollegs), S. 219-234.
- SCHWARTZ, F. W. (Hrsg.) (1998): Das Public Health Buch. – München.
- SCHWARTZ, F. W./SIEGRIST, J./TROSCHKE, J. v. (1998): Wer ist gesund? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen? In: SCHWARTZ, F. W. (Hrsg.): Das Public Health Buch. – München, S. 8-31.
- SCHWARZER, R. (1994): Volitionstheorie der Gesundheitserziehung. In: Zeitschrift für Pädagogik, 40. Jg., S. 908-922.
- SETTERBOLTE, W./PALENTIEN, C./HURRELMANN, K. (Hrsg.) (1995): Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche. Ein Praxishandbuch. – Heidelberg.
- Staatsinstitut für Schulpädagogik München (1981/1982): Handreichung zur Gesundheitserziehung an bayerischen Schulen. 2 Bde. – München.

- STIKO (1998) Ständige Impfkommssion am Robert-Koch Institut. Impfeempfehlungen. – Berlin (Internet <http://www.rki.de/GESUND/STIKO>).
- STROSS, A. (1995): „Gesundheitserziehung“ zwischen Pädagogik und Medizin. Themenkonjunkturen und Professionalisierungsprobleme in Deutschland 1770-1930. In: Zeitschrift für Pädagogik, 41. Jg., S. 169-184.
- SÜNKEL, W. (1994): Diätetik. Zur kategorialen Vorgeschichte der Gesundheitserziehung. In: SÜNKEL, W.: Im Blick auf Erziehung. – Bad Heilbrunn, S. 25-39.
- THEIS, G. (1991): Krankheit und Krankenpädagogik. – Aachen.
- TOBLER, N. S. (1986): Meta-Analysis of 143 adolescent drug prevention programs: Quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. In: Journal of Drug Issues, Vol. 16, p. 537-567.
- WALLER, H. (1995): Gesundheitswissenschaft. – Stuttgart.
- WANNER, B. (1993): Lehrer zweiter Klasse? Historische Begründungen und Perspektiven der Qualifizierung von Lehrerinnen und Lehrern der Pflege. – Frankfurt/M.
- WHORTON, J. C. (1982): Crusaders for fitness. – New Jersey.
- WILDT, B. (Hrsg.) (1997): Gesundheitsförderung in der Schule. – Neuwied.
- WILL, H. (1987): Fetisch Gesundheit. In: Kursbuch 88. – Berlin, S. 7-21.
- ZIESCHANG, K. (1992): „Die fitte Schulklasse“ – ein Beitrag zur Gesundheitserziehung. In: Sportpädagogik, 16. Jg., S. 3-5.

*Anschrift des Verfassers:* Prof. Dr. med. Dr. phil. Georg Hörmann, Universität Bamberg, Lehrstuhl Allgemeine Pädagogik, 96045 Bamberg, Tel.: (0951) 863-1829, Fax: (0951) 863-4828, e-mail: [georg.hoermann@ppp.uni-bamberg.de](mailto:georg.hoermann@ppp.uni-bamberg.de)